
Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et
actions en santé publique

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **Septembre 2024**

**La participation des personnes
accompagnées en EHPAD dans le
cadre de l'évaluation selon le
référentiel HAS**

Sarah Huet

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire ainsi qu'au bon déroulement de mon année en alternance au sein du département Qualité et Droits des Usagers de l'Agence Régionale de Santé Bretagne.

Je remercie tout d'abord la directrice de ce mémoire, Karine Chauvin, sociologue, chargée d'enseignement et de recherche à l'EHESP pour l'encadrement méthodologique et thématique de ce mémoire ainsi que ses nombreux conseils pertinents. Je la remercie également pour son implication dans le suivi de mon alternance.

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique du Master 2 de Santé Publique, parcours Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique pour les enseignements, les échanges enrichissants ainsi que le soutien apporté tout au long de cette année. Je remercie plus particulièrement Arnaud Campéon, responsable de ce master pour sa bienveillance et son accompagnement.

Je remercie les membres de mon jury, une nouvelle fois Karine Chauvin, ainsi que Karine Lefevre, vice-présidente du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), professeure à l'EHESP, pour la lecture et l'appréciation qu'elles feront de ce mémoire.

Je désire remercier les personnes ayant accepté d'être interrogées dans le cadre de ce mémoire. Sans elles, ce mémoire serait inévitablement moins riche.

J'adresse toute ma reconnaissance à Samantha Dodard, ma maître d'apprentissage durant cette année, ainsi qu'à Pauline Pichereau avec qui j'ai travaillé en étroite collaboration durant ces derniers mois. Grâce à elles, cette année fut enrichissante et épanouissante. Je tiens également à souligner leur bienveillance, précieuse au quotidien.

Je remercie également l'ensemble des personnes avec lesquelles j'ai pu travailler pour l'accueil et le partage, qui m'ont aidé à gagner en confiance et à monter en compétences.

Enfin, je remercie ma famille et mes amis, pour les encouragements apportés ainsi que leurs relectures attentives de ce mémoire qui m'ont été d'une grande aide.

Sommaire

Table des figures et des tableaux**Liste des sigles utilisés**

Introduction	1
---------------------	----------

Méthodologie	3
---------------------	----------

Partie 1 : Contexte et outils sur la participation des personnes accompagnées et l'évaluation	7
--	----------

1.1 La loi 2002-2 : marqueur de la participation des usagers et de l'évaluation dans le champ social et médico-social	7
--	----------

1.1.1 L'évaluation et la participation : regard sur « l'émancipation » du secteur social et médico-social vis-à-vis du sanitaire	7
--	---

1.1.2 L'évaluation est une étape de la démarche d'amélioration continue de la qualité : le cadre réglementaire dans les années 2000	10
---	----

1.1.3 La participation des personnes en ESSMS : garantir la participation individuelle et collective par la loi de 2002-2	11
---	----

1.2 Les évolutions de pensées et de pratiques : 20 ans séparent la loi 2002-2 et le référentiel HAS	13
--	-----------

1.2.1 L'Anesm : un organisme chargé de la politique d'évaluation des ESSMS et des recommandations	13
---	----

1.2.2 L'appropriation, par les ESSMS des outils pour évaluer : jonglage entre les initiatives et les recommandations	14
--	----

1.2.3 La nécessité de penser l'évaluation et la participation de concert : réinterroger l'évaluation à la fin des années 2010	16
---	----

1.3 Le transfert des compétences à la HAS : la création d'un référentiel d'évaluation des ESSMS	18
--	-----------

1.3.1 Les généralités sur le nouveau référentiel	18
--	----

1.3.2 La participation des personnes accompagnées à la construction du référentiel	20
--	----

1.3.3 Les attendus en matière d'évaluation des ESSMS : la participation des personnes accompagnées comme premier objectif	21
---	----

Partie 2 : De l'auto-évaluation à la visite d'évaluation : la mise en œuvre de la participation à toutes les étapes 24

2.1	La préparation de l'évaluation en EHPAD : un travail d'auto-évaluation avec les personnes accompagnées et les professionnels	24
2.1.1	Le travail d'information et de recueil du consentement des personnes accompagnées participant à l'évaluation	25
2.1.2	L'appropriation, par les EHPAD, des méthodes et des outils du référentiel d'évaluation de la HAS	27
2.1.3	La réponse aux exigences du référentiel avant tout	29
2.2	La visite d'évaluation : deux méthodes pour faire participer la personne à l'évaluation dans le cadre du référentiel HAS	32
2.2.1	La méthode de l'accompagné traceur : l'entretien avec la personne accompagnée permet d'aller au-delà du questionnaire de satisfaction	32
2.2.2	Les difficultés de mise en œuvre de la méthodologie de l'accompagné traceur : des logiques économiques et des difficultés organisationnelles	34
2.2.3	L'entretien avec le Conseil de la Vie Sociale (CVS) : une formalisation plus importante que l'entretien avec les accompagnés traceurs	37
2.3	Le travail avec les personnes accompagnées engage également une implication des professionnels de l'EHPAD	39
2.3.1	Le travail d'acculturation des professionnels à l'évaluation avec les personnes accompagnées	39
2.3.2	Les apports de l'analyse croisée entre les entretiens avec les personnes accompagnées et ceux avec le personnel	40

Partie 3 : Le référentiel HAS à l'épreuve en EHPAD : dualité entre les particularités du référentiel et celles de l'accompagnement des personnes âgées 44

3.1	La population âgée : un public spécifique, avec des particularités nécessaires à prendre en compte	44
3.1.1	L'état de santé des personnes âgées entraîne une première sélection des personnes participant à l'évaluation par les EHPAD	44
3.1.2	L'entrée en institution impacte les personnes âgées sur les représentations qu'elles se font de leur position sociale	47
3.1.3	Les marges de manœuvre aux mains des EHPAD pour installer un cadre favorable à la participation	48

3.2 La participation limitée des personnes accompagnées liée au format et aux méthodes du référentiel	51
3.2.1 La standardisation du référentiel face à l'individualité de l'accompagnement	51
3.2.2 La sanitarisation de l'évaluation des ESSMS	53
3.2.3 La subjectivité du professionnel ou de l'évaluateur	55
3.3 La participation : "levier puissant d'amélioration des pratiques" (Anesm, 2008) ou alibi pour les ESSMS ?	57
3.3.1 Le contenu du rapport d'évaluation : certains aspects qualitatifs, au-delà des cotations, permettant d'éviter l'écueil de l'instrumentalisation	57
3.3.2 La restitution des résultats de l'évaluation : garantir à la personne l'intérêt de sa participation	59
3.3.3 Les apports de l'évaluation pour les ESSMS ayant déjà de bonnes pratiques : interrogations sur les ESSMS dont les pratiques sont à améliorer	60
Conclusion	64
Bibliographie	67
Liste des annexes	
Annexe 1 – Rétroplanning de travail	
Annexe 2 – Guides d'entretiens	
Annexe 3 – Liste des acteurs interrogés	
Annexe 4 – Modèle de prise de contact avec les EHPAD	
Annexe 5 – Grille d'analyse des verbatims	
Annexe 6 – Note réflexive	
Annexe 7 – Schéma de la roue de Deming appliquée aux ESSMS	
Annexe 8 – Extrait du référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS, HAS	
Annexe 9 – Grille d'évaluation spécifique aux CVS	
Annexe 10 – Éléments d'objectivation des cotations	

Table des tableaux et des figures

Liste des tableaux

Tableau 1 - Table des cotations selon le référentiel HAS. Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS, HAS, mars 2022 _____ 19

Tableau 2 – Nombre d'accompagnés traceurs dans le cadre de l'évaluation par l'organisme évaluateur en comparaison au nombre de personnes accueillies dans quatre EHPAD étudiés. ____ 35

Liste des figures

Figure 1 – Infographie des étapes de la méthode de l'accompagné traceur. Manuel d'évaluation de la HAS, 2022. _____ 33

Liste des sigles utilisés

ANAP - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

Anesm - Agence Nationale de l'Évaluation (et de la qualité) des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ARS - Agence(s) Régionale(s) de Santé

AT – Accompagné(s) Traceur(s)

ATC - Autorités de Tarification et de Contrôle

GCS CAPPS - Groupement de Coopération Sanitaire de Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé

CASF - Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS - Centre Communal d'Action Sociale

CD - Conseil(s) Départemental(aux)

CDU – Commission Des Usagers

CH - Centre Hospitalier

CIAQA - Cellule Inter-Etablissements d'Amélioration de la Qualité de l'Ain

CNESM - Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale

CREAI - Centre Régional d'Études et d'Actions sur les Inadaptations et les Handicaps

CVS - Conseil de la Vie Sociale

DREES - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EE - Élément(s) d'Évaluation

EHPA - Établissement(s) d'Hébergements pour Personnes Âgées

EHPAD - Établissement(s) d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes

ES – Établissement(s) Sanitaire(s)

ESPIC - Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ES(S)MS - Établissement(s) et Services(s) (Social(aux)) et Médico-Social(aux)

FALC – Facile A Lire et à Comprendre

HAS - Haute Autorité de Santé

IGAS - Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE – Institut National de la Statistique et des Études Économiques

LFSS - Loi de Financement de la Sécurité Sociale

Introduction

« Les institutions des mondes sociaux de l'action sociale et médico-sociale sont comme d'autres secteurs de l'activité humaine, mais de manière plus récente, impactées par les pratiques d'évaluation et par les logiques de participation » (Balzani & Hirlet, 2021).

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont un lieu d'accueil, d'accompagnement et de prise en soin de la dépendance du sujet âgé. Au nombre de 7 500 en France en 2019, ils s'inscrivent dans un contexte démographique particulier. L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, croissante depuis les années 1950¹, entraîne une augmentation du nombre de personnes âgées. En 2019, 20 % des habitants en France ont plus de 65 ans². L'augmentation du nombre de sujets âgés couplée à l'augmentation de l'espérance de vie tend à augmenter le nombre de personnes nécessitant un accompagnement en EHPAD. Ces structures font partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) définis dans l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). De cette façon, ils sont soumis à l'obligation d'évaluer leurs pratiques selon la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale³, connue comme la loi cadre de l'évaluation.

L'évaluation, d'abord attribuée au secteur des entreprises privées depuis le début du XXème siècle (Wolmark, 2001), renvoie aux logiques de rentabilité et de recherche de profit qui n'incombent cependant pas aux ESSMS autant qu'au secteur privé. L'évaluation de ces structures s'inspire plus d'une « logique d'obligation de moyens que par une obligation de résultats » (Hardy, 2018). On cherche, par l'évaluation, à rendre compte principalement des moyens mis en place pour l'accompagnement des personnes, et non pas uniquement à rendre compte des résultats obtenus par cet accompagnement (*ibid.*). Afin de rendre compte de ces moyens, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié, en mars 2022, un référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS⁴. Ce référentiel s'est particulièrement intéressé à la question de la participation des personnes dans la démarche évaluative. La participation des personnes accompagnées est un droit largement développé dans la loi du 2 janvier 2002³. Elle s'organise à deux niveaux : la participation individuelle et la participation collective (Legros, 2010). La participation à l'évaluation s'inscrit au niveau de la participation collective, au fonctionnement de l'établissement, puisque l'évaluation se charge de comprendre les pratiques en place dans les ESSMS. Il convient ainsi d'étudier les enjeux de la participation des personnes à l'évaluation des ESSMS.

¹ IRDES. « Données de cadrage : indicateurs d'état de santé », Juillet 2013. Consulté le 04 septembre 2024.

² INSEE. « France, portrait social. Édition 2019 », Novembre 2019. Consulté le 04 septembre 2024.

³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale

⁴ HAS. Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS. Mars 2022.

Cette thématique s'inscrit dans le cadre de mes travaux durant mon année d'apprentissage à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne. Les ARS, établissements publics administratifs, sont des services déconcentrés de l'état permettant de mettre en œuvre les politiques nationales de santé au niveau territorial. L'une des missions des ARS est donc de mettre en œuvre la politique nationale d'évaluation des ESSMS pour les établissements et services dont elle a la compétence de tarification et de contrôle. C'est dans ce cadre que s'inscrivent mes missions d'apprentissage, me permettant d'étudier le référentiel d'évaluation de la HAS. C'est ensuite grâce à quelques constats que le choix de la thématique de la participation des personnes est apparu comme pertinent, notamment lors d'un webinaire organisé par le Groupement de Coopération Sanitaire de Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé (GCS CAPPS), le Centre Régional d'Études et d'Actions sur les Inadaptations et les Handicaps (CREAI) et l'ARS Bretagne en novembre 2023⁵. Les retours d'expérience de plusieurs ESSMS durant ce webinaire sont unanimes sur les apports de la participation des personnes à l'évaluation de la qualité des pratiques ; participation rendue obligatoire par les méthodes d'évaluation imposées dans le référentiel. J'ai également souhaité m'intéresser à la thématique des EHPAD, les personnes âgées étant souvent peu représentées lorsqu'on aborde le sujet de la participation des personnes accompagnées.

Plusieurs questionnements sont venus nourrir ma réflexion : la construction du référentiel s'est-elle faite avec la participation des personnes ? Comment la participation est-elle valorisée par le nouveau référentiel ? Quelles sont les particularités quant à la participation des personnes accompagnées en EHPAD ? Comment participent-elles à l'évaluation de leur structure en amont et pendant l'évaluation ? Quels sont les apports de la méthodologie de l'accompagné traceur ? Quels sont les atouts et les limites d'un outil comme le référentiel d'évaluation HAS en termes de participation des personnes accompagnées ? Ainsi, ce mémoire traite de la question suivante :

Dans quelle mesure les EHPAD prennent-ils en compte la participation des personnes accompagnées dans le cadre de l'évaluation de la qualité de leurs pratiques selon le nouveau dispositif d'évaluation HAS ?

Après avoir présenté la méthodologie de réalisation de ce mémoire, nous étudierons le contexte de création de l'évaluation des ESSMS jusqu'à la publication du référentiel HAS, ainsi que la montée en puissance du sujet de la participation collective des personnes dans le secteur social et médico-social. Ensuite, nous porterons notre regard sur l'inclusion de la participation des personnes à toutes les étapes de l'évaluation, de l'auto-évaluation par les EHPAD à la visite de la structure par un organisme évaluateur. Finalement, nous étudierons les contraintes du référentiel d'évaluation pour la participation du public âgé en EHPAD ainsi que les bonnes pratiques qu'il convient d'adopter.

⁵ ARS Bretagne. "Webinaire sur le nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS". Novembre 2023. (vidéo)
Sarah HUET - Mémoire de l'Université de Rennes - École des Hautes Études en Santé Publique

Méthodologie

Les premières semaines d’alternance au sein de l’ARS Bretagne, je me suis acculturée au sujet de l’évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux par la lecture des lois et décrets relatifs à l’évaluation des ESSMS, du site internet de l’ARS Bretagne⁶ ainsi que celui de la HAS⁷. J’ai également pu visionner quelques webinaires à ce sujet, notamment ceux organisés par l’ARS Bretagne, le CAPPs et le CREAI : « les midis de la qualité »⁸. C’est lors du webinaire du 22 novembre 2023, mentionné dans l’introduction, que j’ai pu définir la thématique de mon mémoire. Ainsi, fin novembre, mon souhait était d’associer les thématiques de la participation des personnes et de l’évaluation des ESSMS dans mon mémoire.

La construction de mon rétroplanning s’est faite au mois de janvier (Annexe 1 – Rétroplanning de travail). Ma question de départ était alors : « Dans quelle mesure l’évaluation HAS des ESSMS inclue-t-elle la participation des usagers ? ». A la suite de cela j’ai décidé de me concentrer sur les EHPAD puisqu’il me paraissait intéressant de se concentrer sur un type de population afin de mieux cadrer le sujet.

Afin de répondre à ma question de départ, j’ai commencé par quelques recherches bibliographiques sur les sujets de l’évaluation, de la participation et de la participation à l’évaluation. Ces dernières m’ont permis d’élaborer six guides pour des entretiens semi-directifs (Annexe 2 – Guides d’entretien). J’ai choisi de réaliser ces entretiens dans un premier temps avec une personne de la HAS, pour obtenir la vision globale du référentiel d’évaluation ainsi qu’avec une personne du CAPPs Bretagne afin de mieux comprendre le lien entre participation et évaluation grâce à un acteur régional. Par la suite, j’ai choisi de réaliser des entretiens en EHPAD. Les critères de sélection pour le choix des EHPAD ont été les suivants :

- La facilité d’accès, principalement en train et au besoin en voiture, proche de mon domicile ou de celui de ma famille ;
- La réalisation ou non de l’évaluation au moment des entretiens, grâce au tableau de la programmation des évaluations des ESSMS bretons 2024-2028, document interne de l’ARS Bretagne me permettant de choisir des EHPAD ayant déjà réalisés leur évaluation et d’autres en cours de préparation de l’évaluation ;
- Le type de gestionnaire (CCAS, hôpital, association, ...) de telle sorte que les EHPAD interrogés aient des gestionnaires diversifiés ;

⁶ARS Bretagne. « Nouveau dispositif des évaluations de la qualité dans le secteur médico-social ». s.d.

⁷ HAS. « Comprendre la nouvelle évaluation des ESSMS ». 2023.

⁸ ARS Bretagne. « Les midis de la qualité - E1 : J’ai la date de l’évaluation, et maintenant je fais quoi ? ». Mai 2023. (vidéo)

ARS Bretagne. « Les midis de la qualité - E3 : Les critères impératifs, késako ? ». Septembre 2023. (vidéo)
Sarah HUET - Mémoire de l’Université de Rennes - École des Hautes Études en Santé Publique

- L'élimination de certains EHPAD pour lesquels j'ai pu avoir connaissance de difficultés relationnelles entre l'organisme gestionnaire (OG) et l'ARS dans un souhait de ne pas me mettre en difficulté, en lien avec l'image de l'ARS. Par exemple, j'appréhendais un possible changement de tournure de l'entretien qui aurait pu être interprété par le gestionnaire comme une inspection ou un contrôle.

Sur quatorze EHPAD contactés, seulement trois ont accepté que je réalise des entretiens avec un membre du personnel. Les onze autres EHPAD n'ont pas répondu aux sollicitations, malgré une relance pour cinq d'entre eux. La relance a été effectuée pour les EHPAD les plus accessibles pour ma part. Aucun EHPAD n'a cependant formulé de refus. Ainsi, j'ai pu réaliser trois entretiens avec des membres de la direction ou du personnel dans trois EHPAD différents soit avec : une directrice d'un EHPAD géré par un CCAS, un qualiticien d'un centre hospitalier gérant trois sites d'EHPAD et une cadre de santé d'un EHPAD géré par un groupe relevant du Régime Général de la Sécurité Sociale. Sur les trois EHPAD interrogés, uniquement celui relevant du Régime Général de la Sécurité Sociale avait déjà réalisé son évaluation, sept mois auparavant. Dans les deux autres EHPAD, la visite d'évaluation par un organisme externe devait intervenir six à sept mois plus tard. J'ai aussi rencontré deux personnes accompagnées : dans l'EHPAD géré par le CCAS ainsi que dans celui géré par un CH. Dans le dernier EHPAD, les personnes ayant participé à l'évaluation n'avaient plus la capacité de répondre à mes questions au moment des entretiens. La liste anonymisée des acteurs avec lesquels je me suis entretenue se trouve en Annexe 3 – Liste des acteurs interrogés. En ce qui concerne les acteurs en EHPAD, j'ai choisi d'être transparente sur mon rôle au sein de l'ARS Bretagne dès ma première prise de contact par mail, tout en expliquant les enjeux de mon mémoire et l'intérêt que je portais aux entretiens avec eux (Annexe 4 – Modèles de prise de contact avec les EHPAD).

Cependant, nous pouvons penser que les EHPAD ayant répondu positivement à la demande d'entretien sont ceux qui sont déjà engagés dans une démarche qualité et qui ont, ou auront, une évaluation satisfaisante. Ainsi, il est plus difficile de connaître le retour d'expérience des EHPAD plus en difficulté et de mettre en lumière ces difficultés ou ces points d'attention dans ce mémoire. Ce biais peut s'expliquer par le fait que certains EHPAD n'ont pas, ou peu, entrepris de démarche qualité et ne sont que partiellement engagés dans la démarche d'évaluation ; ils ne souhaiteraient alors pas réaliser d'entretien à ce sujet pour ne pas se dévaloriser, ni mettre en avant leurs difficultés. Ce biais est probablement accentué par mon rôle au sein de l'ARS Bretagne, que j'ai tout de même souhaité mentionner lors de la prise de contact dans le but de garantir la transparence. Un autre biais identifiable est un biais de mémoire pour l'EHPAD ayant réalisé son évaluation sept mois plus tôt. En effet, la cadre de santé interrogée ne se souvenait plus de certaines informations, notamment sur la préparation à l'évaluation. Nous disposons également, pour ce mémoire, d'uniquement un seul retour d'expérience post-évaluation contre deux partages d'expérience en amont de l'évaluation.

L'ensemble des entretiens ont été retranscrits, totalement ou partiellement. Afin de mettre en lumière les verbatims utilisés par les personnes avec lesquelles je me suis entretenue, j'ai réalisé une grille d'analyse (Annexe 5 – Grille d'analyse des verbatims). À la suite de mes recherches documentaires et de la réalisation de mes entretiens la problématique a évolué. Tout d'abord, la sémantique qualifiant la personne a changé, relativement aux termes employés dans le référentiel HAS. En outre, dans cette problématique il ne s'agit plus de s'intéresser au référentiel HAS en lui-même mais plutôt à l'appropriation que les structures évaluées s'en font. Finalement, pour rappel, la problématique actuelle de ce mémoire est : Dans quelle mesure les EHPAD prennent-ils en compte la participation des personnes accompagnées dans le cadre de l'évaluation de la qualité de leurs pratiques selon le nouveau dispositif d'évaluation HAS ?

Ce travail est accompagné, en Annexe 6, d'une note réflexive sur mon retour d'alternance (Annexe 6 – Note réflexive sur l'alternance).

Partie 1 : Contexte et outils sur la participation des personnes accompagnées et l'évaluation

Longtemps pensées comme deux notions inassociables, l'évaluation et la participation des personnes accompagnées en structures médico-sociales disposent chacune de leur histoire et de leurs particularités. Nous nous intéresserons tout d'abord à la loi du 2 janvier 2002, loi-cadre réformant l'action sociale et médico-sociale. Par la suite nous étudierons les évolutions entre cette loi et la publication du nouveau référentiel d'évaluation de la HAS en 2022. Pour conclure cette première partie nous nous attacherons à comprendre ce nouveau référentiel, sa construction et ses attendus en lien avec la participation des personnes accompagnées.

1.1 La loi 2002-2 : marqueur de la participation des usagers et de l'évaluation dans le champ social et médico-social

La loi du 2 janvier 2002, dite aussi « loi 2002-2 » marque un tournant dans le champ des ESSMS puisqu'elle vient « renforcer deux principes fondamentaux de la démarche qualité : la promotion du droit des usagers et l'évaluation des obligations ou normes de qualité » (Eynard et al., 2009). Afin de comprendre ces principes, il est nécessaire d'étudier les courants de pensées avant la publication de cette loi. Par la suite, nous nous intéresserons de manière distincte à l'évaluation, puis à la participation, dans le cadre de la réglementation.

1.1.1 L'évaluation et la participation : regard sur « l'émancipation » du secteur social et médico-social vis-à-vis du sanitaire

Dès 1970, la loi n°70-1318 portant réforme hospitalière⁹ pose les bases d'un secteur sanitaire, hospitalier, se concentrant sur des missions sanitaires. L'hôpital est alors considéré comme non-compétent « en matière d'accueil social ou médico-social » (Bauduret, 2013). C'est seulement en 1975 que le cadre du secteur social et médico-social, jusque-là rattaché au secteur hospitalier, se précise dans la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales¹⁰. On assiste alors à la consécration de l'autonomie de ce secteur vis-à-vis de l'hospitalier. Certains établissements, considérés comme entrant dans le champ du social peuvent désormais appartenir à une nouvelle catégorie, celle du « médico-social » et des soins peuvent y être dispensés (*ibid.*). Ainsi, le secteur sanitaire et celui du social et médico-social sont divisés. L'évaluation de ces établissements et la participation des usagers du système sont également pensées de manière disjointe.

⁹ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

¹⁰ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

L'amélioration continue de la qualité des pratiques est une notion introduite par la réforme de la tarification de 1999¹¹. Initialement destinée à « pallier un certain retard qualitatif »¹² dans ce secteur, cette réforme instaure la démarche qualité dans le secteur de la personne âgée. Le financement des établissements est alors subordonné à la qualité des prestations délivrées et de l'accompagnement proposé (Eynard et al., 2009).

A partir des années 1990, la culture de l'évaluation comme pratique associée à la qualité de la prise en charge émerge notamment par la section 2 de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière¹³. Cette pratique est nouvelle dans le secteur sanitaire mais la loi n'a pas fait émerger un engagement systématique de cette culture de l'évaluation (Garidi & Husson, 2021). C'est à partir de 1996, par les ordonnances dite Juppé¹⁴, que la question de l'évaluation, et plus précisément celle de l'accréditation, se formalise dans le champ sanitaire. Effectivement, cette ordonnance explique qu'afin « d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation ». En ce sens, un organisme, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, est créé. Cet organisme sera remplacé par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie¹⁵, organisme toujours porteur du processus d'accréditation des établissements sanitaires et qui actuellement se nomme le processus de « certification ». Dans le secteur social et médico-social, si la loi de 2002-2 a accéléré l'évolution des mentalités vis-à-vis de la démarche d'évaluation de la qualité et vient en préciser les contours, ce secteur n'a pas attendu cette loi pour s'intéresser au champ de l'évaluation¹². En effet, dès la réforme de la tarification de 1999 mentionnée précédemment, un cahier des charges est publié. Il est considéré comme « un recueil exhaustif de ce que la société demande à ces établissements », sous-entendu les EHPAD (Dubuisson & Brunetiere, 2001). Effectivement, la proximité du secteur médico-social et celui du sanitaire semble avoir produit un « effet d'entraînement, accentué par la réforme de la tarification »¹². À la suite des ordonnances Juppé publiées en 1996, le secteur médico-social aurait souhaité, par la création d'outils d'auto-évaluation propres à son secteur, ne pas être « absorbé » par le dispositif d'accréditation du sanitaire. Le cahier des charges est donc considéré, dès cette époque, comme un référentiel mentionnant des critères et des recommandations permettant d'aider les établissements à entrer ou progresser dans une démarche d'amélioration continue de la

¹¹ Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

¹² Note d'information DGAS/5B n°2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

¹³ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

¹⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

qualité¹⁶. L'outil, nommé « Angélique », sera explicité dans la partie 1.2.2. Ainsi, dès cette époque et avant 2002, le caractère obligatoire du conventionnement formulé dans le décret du 26 avril 1999 entraîne une certaine dynamique dans la réalisation des auto-évaluations au sein des EHPAD. Cependant, ce n'est pas le cas pour la majorité des structures sociales et médico-sociales. Roland Janvier (2021) reconnaît le besoin croissant de rendre obligatoire le principe de l'évaluation dans les ESSMS et l'explique par le souhait des pouvoirs publics de comprendre ce qu'il se passe dans les ESSMS qui sont alors qualifiés comme des « boîtes noires » (Janvier, 2021). Les pouvoirs publics ont alors peu de visibilité sur l'accompagnement proposé dans les ESSMS et la loi du 2 janvier 2002 instaure l'obligation d'évaluation.

Lorsqu'on s'attache à comprendre la participation des personnes dans le secteur médico-social, il est nécessaire, comme pour l'évaluation, de faire le parallèle avec le secteur sanitaire. Dans les années 80 et 90, les premières formes de participation des usagers en France apparaissent, principalement par la création d'association de patients ou de malades, notamment ceux du Syndrome de l'ImmunoDéficience Acquise (SIDA) (Pomey & Ghadi, 2009). La parole des profanes est alors entendue et reconnue mais ce sont principalement à leur initiative, lorsqu'ils s'organisent en associations. Si l'on s'intéresse à la participation des personnes dans les structures sanitaires, il faudra attendre les ordonnances Juppé portant réforme hospitalière¹⁷, puisqu'elles prévoient la participation de représentants des usagers au sein des conseils d'administration des établissements publics. Dans le secteur médico-social, la participation des personnes accompagnées, leur citoyenneté et la prise en compte de leurs attentes ne semblaient pas être une priorité lorsque l'accueil des publics vulnérables était considéré comme une mise à l'écart de la société dans des hospices ou des structures d'enfermement (B. Hervy, 2007). Le travail social se situait alors plus du côté de la charité et ne cherchait pas à apporter une aide à la personne mais plus à la société (Janvier, 2019). C'est par la loi du 30 juin 1975 que ces lieux vont devenir des lieux d'accompagnement. Avant les années 2000, les formes de participation dans les ESSMS ne sont pas majoritaires et laissées à la libre initiative des gestionnaires d'établissements ou de services. La loi du 2 janvier 2002 s'intéresse à la participation des personnes accompagnées au sein des ESSMS ; par cette loi, on assiste au changement de positionnement du législateur qui pense que la prise en compte de l'usager est trop insuffisante, « alors même qu'il devrait être au centre de l'action » (ibid.).

Enfin, avant la loi de 2002-2¹⁸, peu de liens sont encore réalisés entre évaluation et participation. Selon Donnet-Descartes et Dujardin, en 1990, la prise en compte du point de vue de l'usager dans

¹⁶ Note d'information DGAS/5B n°2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

¹⁷ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

¹⁸ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale

l'évaluation est « innovante » et fait l'objet d'un « développement expérimental » ((Donnet-Descartes & Dujardin, 2012a).

1.1.2 L'évaluation est une étape de la démarche d'amélioration continue de la qualité : le cadre réglementaire dans les années 2000

L'obligation d'évaluation des établissements et services médico-sociaux est prévue dans le cadre de la loi 2002-2¹⁹ et vient modifier le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). L'article L. 312-8 du CASF impose à ces structures de réaliser une double évaluation : une évaluation interne ainsi qu'une évaluation externe.

L'évaluation interne correspond, pour les ESSMS, à « l'autoévaluation périodique de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent » (Bertault & Cretinon, 2009). Elle est réalisée par l'équipe de l'ESSMS (Janvier, 2021). Ce même article du CASF prévoit que les ESSMS « font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations délivrées par un organisme extérieur », à comprendre comme l'évaluation externe. L'évaluation interne précède l'évaluation externe qui conditionne quant à elle le renouvellement de l'autorisation de la structure tous les 15 ans (Charlanne, 2009).

En 2005, « ni l'État, ni les organismes gestionnaires ne se sont précipités pour mettre en œuvre ce volet [celui de l'évaluation] de la loi » (Janvier, 2021). Cette année est marquée, trois ans après la loi, par la création du Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS) prévu dans l'article 22 de la loi de 2002¹⁹. Il compte deux missions principales : la validation, l'élaboration et la diffusion des outils et instruments formalisant les procédures, les références et les recommandations de bonne pratiques professionnelles ainsi que le rendu des avis sur les organismes habilités à pratiquer l'évaluation externe. La création de ce conseil national s'inscrit dans une volonté d'élaborer une doctrine évaluative propre au secteur social et médico-social avec le souhait que l'évaluation permette « une mobilisation des équipes dans un processus à construire d'amélioration continue de la qualité »²⁰.

L'évaluation est « une étape de la démarche d'amélioration continue de la qualité [...] composé[e] de l'évaluation du fonctionnement, de l'analyse des points forts et des points faibles, de la mise en œuvre d'un plan d'amélioration des points faibles, d'une nouvelle évaluation et de la mise en œuvre des ajustements nécessaires »²⁰. Ce cadrage de l'évaluation dans un processus plus global permet de rapprocher la démarche d'amélioration continue de la qualité dans les ESSMS à un outil plus connu : la roue de Deming. Cette démarche d'amélioration continue de la qualité comprend quatre étapes : Plan (1), Do (2), Check (3) et Act (4) ; à comprendre comme Planifier, Faire, Vérifier et Agir. Dans

¹⁹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale

²⁰ Note d'information DGAS/5B n°2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

le secteur social et médico-social, c'est la succession des étapes de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et de détermination des mesures correctives qui forment la démarche d'amélioration continue de la qualité²¹ (Annexe 7 - Schéma de la roue de Deming appliquée aux ESSMS). L'évaluation est donc placée au cœur d'un processus et n'existe pas seule. En 2007, l'inscription de l'évaluation dans un processus sur le temps long est d'autant plus forte que le décret n°2007-975 du 15 mai 2007²² vient créer l'article Annexe 3-10 du CASF qui précise que « les champs des évaluations interne et externe doivent être les mêmes, afin d'assurer la complémentarité des analyses portées ... les évaluations successives, internes et externes, doivent permettre d'apprécier les évolutions [...] pour l'amélioration continue du service rendu ». En ce sens, les objectifs de l'évaluation des ESSMS se précisent et ces structures s'organisent pour répondre aux exigences réglementaires.

Du début au milieu des années 2000, l'évaluation dans le secteur social et médico-social s'est donc construite progressivement en ce qui concerne l'aspect réglementaire.

1.1.3 La participation des personnes en ESSMS : garantir la participation individuelle et collective par la loi de 2002-2

« Les politiques sociales françaises célèbrent depuis 2002 l'avènement d'un usager-citoyen désormais détenteur d'un droit à la participation individuelle et collective à la vie des institutions » (Heijboer, 2019). La loi 2002-2²³ part du principe que les ESSMS doivent être un moyen pour la personne accompagnée de développer son autonomie et sa participation sociale afin de lui permettre d'avoir les mêmes chances d'appartenance et de participation à la vie collective (Demoustier & Priou, 2013). En ce sens, cette loi détaille une série de mesures en accord avec ces objectifs.

Une première partie de ces mesures concerne la participation individuelle de la personne, notamment la participation à la rédaction de son projet personnalisé en co-construction avec les professionnels de l'ESSMS et dans lequel la personne exprime ses attentes et ses besoins²⁴. D'autres documents, remis à la personne, permettent à cette dernière de faciliter son intégration, de comprendre l'environnement dans lequel elle réside et de mieux connaître ses droits : le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement ainsi que la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, document unique pour tout le champ social et médico-social (ibid.). Les connaissances

²¹ Note d'information DGAS/5B n°2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

²² Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

²³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale

²⁴ Anesm. Fiche-repère : Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD). Août 2018.

d'une personne sur ses droits et sa bonne intégration au sein de la structure vont lui permettre d'être plus à même de participer à la vie collective et à l'amélioration des pratiques pour le collectif.

La vision participante de la personne permet de la placer dans une position d'expert pour penser la modification des organisations et des pratiques (Donnet-Descartes & Dujardin, 2012b). La mesure principale qui concerne plus particulièrement l'expression des personnes accompagnées dans l'amélioration du collectif est la mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS) ou de toutes autres formes de participation. Cette mesure, inscrite dans le CASF à l'article L.313-6 permet aux personnes d'interroger le fonctionnement de l'institution (Demoustier & Priou, 2013). Le CVS est obligatoire pour les ESSMS qui assurent « un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail »²⁵. En ce sens les EHPAD sont concernés par cette obligation. La composition et les compétences du CVS sont fixées par décret du 25 mars 2004²⁶. Il comprend au moins deux représentants des personnes accueillies, un représentant du personnel et un représentant de l'organisme gestionnaire. Il « donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service ». Les personnes accompagnées doivent alors être parties prenantes de la décision.

En 2022, soit 20 ans après la loi de 2002-2, le CVS fait l'objet d'un guide de la part de la HAS²⁷. Les ESSMS y sont incités à favoriser la participation des représentants des personnes accompagnées dans la construction d'indicateurs qualité et à auto-évaluer annuellement le fonctionnement du CVS. On rappelle que dans ce même temps, la HAS vient de publier un référentiel d'évaluation des ESSMS. Finalement, en 2024, la HAS publie une nouvelle fiche pratique sur l'obligation de mise en place d'un CVS²⁸. Dans cette fiche, le lien est fait avec le dispositif d'évaluation des ESSMS publié deux ans plus tôt. Nous reviendrons, dans un second temps sur les modalités d'évaluation du CVS dans le cadre de l'évaluation selon le référentiel HAS (voir 2.2.3).

Plus globalement, la participation de la personne contribue à la démarche qualité dans le secteur social et médico-social. L'objectif est de passer « d'une logique d'usager-passif à une logique d'usager-actif »²⁹.

À sa publication, la loi 2002-2 était qualifiée comme « un objet étranger, mal identifié, non-préparé, qui est tombé des décideurs politiques sur les équipes de terrain » (Janvier, 2021). Dans la suite de ce travail, nous allons donc étudier l'appropriation que les ESSMS se font la loi.

²⁵ Article D311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

²⁶ Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

²⁷ HAS. Avis n°1-2022 du Conseil pour l'engagement des usagers « Améliorer la participation des usagers dans les commissions des usagers et les conseils de la vie sociale ». Mai 2022.

²⁸ HAS. Fiche : L'obligation de mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS). Juin 2024.

²⁹ Note d'information DGAS/5B n°2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

1.2 Les évolutions de pensées et de pratiques : 20 ans séparent la loi 2002-2 et le référentiel HAS

Le nouveau référentiel d'évaluation, a été publié 20 ans après la loi de 2002-2. Durant les années qui séparent ces deux événements, les ESSMS, dont les EHPAD, se sont appropriés l'évaluation ainsi que les outils de la participation. Après s'être intéressés aux rôles de l'organisme chargé de la politique d'évaluation des ESSMS, nous nous intéresserons à l'appropriation de l'évaluation par les structures. Ces deux thématiques seront traitées sous le prisme de la participation des personnes à l'évaluation, peu développée durant ces années. Enfin, nous analyserons les derniers changements de paradigme permettant de réinterroger l'évaluation vers plus de participation des personnes accompagnées.

1.2.1 L'Anesm : un organisme chargé de la politique d'évaluation des ESSMS et des recommandations

L'Agence Nationale de l'Évaluation (et de la qualité) des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (Anesm) est un Groupe d'Intérêt Public, créé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2006. L'Anesm s'installe en 2007 et vient remplacer le CNESMS. La création de cette Agence s'inscrit dans un double enjeu : celui d'avoir plus de moyens que précédemment et celui de reprendre en main la conduite de la qualité (Janvier, 2021).

En outre, « les pouvoirs publics se doivent d'accompagner les actions mises en œuvre sur le terrain pour que l'évaluation interne de la qualité des prestations délivrées ne devienne pas uniquement une formalité réglementaire »³⁰. La création de ce groupe d'intérêt public permet donc de lui déléguer cette mission. En effet, dans le cadre de ses missions, et dans l'objectif de reprendre en main la conduite de la qualité, l'Anesm est chargée de produire des recommandations pour orienter les ESSMS, y compris au sujet de l'évaluation (voir 1.2.2).

L'Anesm, afin de dresser un premier bilan, réalise en fin d'année 2008 une enquête, conjointement avec la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS). Cette enquête se concentre sur 3 000 établissements (Charlanne, 2009). L'enquête montre que fin 2008, 60 % des ESSMS sont entrés dans l'évaluation interne dont 20 % ont initié la démarche en 2008 contre 5 % en 2006 ce qui témoigne d'un meilleur engagement dans la démarche d'évaluation à la suite de la création de l'Anesm. Parmi les EHPAD, 62 % sont entrés dans la démarche d'évaluation (ibid.). A cette époque, une plus forte adhésion des EHPAD à l'évaluation par rapport à d'autres structures est donc à noter. Cela peut s'expliquer par le fait que le secteur de la personne âgée a été soumis, dès

³⁰ Note d'information DGAS/5B n°2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

la réforme de la tarification de 1999³¹, à des logiques d'évaluation. Ce secteur est par conséquent plus familier avec cette dynamique évaluative.

En ce qui concerne les personnes accompagnées, leur mobilisation dans le cadre de l'évaluation compte parmi les marges de progrès identifiées dans cette enquête en 2008 puisque seulement « 47 % des structures [qui ont fait leur évaluation] indiquent avoir associé les usagers en utilisant majoritairement une enquête de satisfaction. » (ibid.). Cette information témoigne qu'en 2008, l'apport de connaissances et d'expertise de la part des personnes, pour évaluer les ESSMS, se faisait donc essentiellement par le remplissage de questionnaire ou d'enquête de satisfaction, ensuite étudiés et analysés par les professionnels des structures.

L'Anesm, en charge de la politique d'évaluation depuis 2007 peut donc, par la réalisation de bilan sur sa politique, publier des recommandations de bonnes pratiques dépendantes des constats établis.

1.2.2 L'appropriation, par les ESSMS des outils pour évaluer : jonglage entre les initiatives et les recommandations

Par la création de l'Anesm, on retrouve une augmentation des interrogations autour de la question suivante : « qu'entend-t-on par qualité dans le secteur social et médico-social ? » (Janvier, 2021). Ces questionnements amènent les ESSMS à s'interroger, à organiser leurs pensées et à utiliser de plus en plus d'outils permettant de structurer les différentes obligations auxquelles ils doivent répondre et de mener les évaluations internes.

Bien que les recommandations publiées par l'Anesm ne soient pas « à prendre en tant que tel, comme un référentiel d'évaluation » et qu'elles n'ont pas pour but de fournir une solution « clé en mains » (M.-P. Hervy & Dizier, 2014), elles permettent aux ESSMS d'être orientés au sujet des évaluations. Durant les années 2010, les travaux de l'Anesm sont marqués par un questionnement sur l'imposition ou non d'un référentiel commun, les recommandations « vues par les uns comme des repères pour agir ou, par d'autres, comme des consignes à appliquer » (ibid.). La création de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), en 2019 fait ancrer le concepts de qualité de manière plus forte qu'auparavant dans le secteur sanitaire, social et médico-social. Selon R. Janvier, « une sorte de mythe se construit alors, laissant penser que la qualité [...] n'est pas multiforme ou plurielle » (Janvier, 2021). La qualité prendrait alors une forme unique, il en existerait une seule. Les recommandations de l'Anesm peuvent alors être vues comme des documents présentant les exigences auxquelles les ESSMS doivent se conformer afin d'obtenir de bons résultats lors des évaluations.

³¹ Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Certes, les recommandations de bonnes pratiques sont destinées à fournir une aide supplémentaire aux ESSMS, mais le secteur de la personne âgée n'a pas attendu leur création pour élaborer ses propres outils. Effectivement, lors de la réforme de la tarification du secteur de la personne âgée de 1999, l'outil Angélique (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements) est mis à disposition des établissements. C'est un cahier des charges réglementaire publié le 26 avril 1999, au même moment que les textes concernant la réforme³². Il contient des critères et des recommandations destinés à aider les EHPAD à entrer ou progresser dans la démarche d'amélioration de la qualité. Bien que l'utilisation de ce cahier des charges soit facultative, de nombreux établissements l'utilisent si bien qu'il a servi de point de départ pour de nombreuses structures ou des groupements de structures ayant choisi d'élaborer leurs propres outils. Par exemple, en 2007, un EHPAD géré par la Congrégation Les Petites Sœurs des Pauvres élabore une démarche d'évaluation globale de la qualité avec pour supports l'outil Angélique et certains guides déjà publiés par l'Anesm (Soeur Mary Chantal, 2009). En 2009, la Cellule Inter-Etablissements d'Amélioration de la Qualité de l'Ain (CIAQA) créé un outil d'évaluation interne : MAEVA pour Méthode d'AutoEVAluation. C'est un outil d'aide à la conduite de l'évaluation interne et d'aide à la préparation des futures évaluations externes. Il reprend l'échelle d'évaluation du référentiel Angélique et a pour objectif d'avoir un champ d'évaluation plus complet que ce dernier (Bertault et Cretinon, 2009).

Dans le référentiel Angélique, la participation des personnes à la prise de décisions ainsi qu'à la démarche qualité est évoquée à deux reprises dans les questions 139 et 142. La question 139 interroge les établissements sur la réalisation d'enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles. La question 142 interroge quant à elle l'association des résidents à des groupes de travail consacrés à l'amélioration de la qualité. En 1999, la participation collective des personnes reste donc limitée dans les documents orientant les évaluations. En 2012, dans ses recommandations destinées aux EHPAD, l'Anesm considère la démarche d'évaluation interne comme « participative et collective » qui permet une « implication des résidents, des familles voire d'autres partenaires dans les mesures d'amélioration mises en œuvre » (Anesm, 2012). Cependant, cette recommandation de 2012 émet un point d'alerte quant aux EHPAD : les évaluations internes ou « auto-évaluation » sont principalement liées à l'analyse des procédures et des processus mais n'interrogent pas ou peu leurs effets pour les résidents (*ibid.*) Malgré ce constat de l'Anesm, il semble que les recommandations laissent peu de place à cette participation. En effet, dans ces recommandations, les indicateurs d'évaluation correspondent à des données quantitatives sans prise en compte des données qualitatives qui pourraient être recueillies auprès des personnes (*ibid.*).

³² Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Enfin, si les EHPAD s'approprient le référentiel Angélique et les recommandations de l'Anesm, la démarche d'amélioration continue de la qualité et les exigences évoluent. Les outils pertinents dans les années 2000 deviennent alors de plus en plus obsolètes à la fin des années 2010.

1.2.3 La nécessité de penser l'évaluation et la participation de concert : réinterroger l'évaluation à la fin des années 2010

Initiées dans la loi en 2002³³, les notion de participation et d'évaluation dans les ESSMS ont évolué séparément bien que toutes deux ayant pour objectif un meilleur accompagnement des personnes. Cependant, ces deux notions doivent être de plus en plus pensées simultanément. Dès 2002, Ebersold énonce le fait que la loi de 2002³³ déplace le niveau de relation qui unit les professionnels des populations en difficulté, d'une relation d'aide à une « relation d'interdépendance entre co-constructeurs d'un même projet » (Demoustier & Priou, 2013). Le souhait de cette loi est effectivement que la personne soit actrice de la décision au sein des ESSMS. Néanmoins, le décret de 2007 fixant le cadre de l'évaluation externe³⁴ n'impose pas la participation des usagers comme aspect méthodologique impératif à l'évaluation (Barbe, 2017). Les personnes ne sont alors pas intégrées à toutes les étapes.

A partir de l'échelle de la participation citoyenne de Sherry R. Arnstein en 1971, le CREAI Bretagne nous propose, dans un webinaire des midis de la qualité intitulé « Participation des personnes accompagnées à l'évaluation : rien sur nous sans nous ! » du 10 juin 2024³⁵, de s'intéresser à une échelle de la participation dans les ESSMS permettant de connaître le niveau d'implication des personnes dans la décision finale concernant l'ESSMS. Les différents niveaux de participation de cette échelle sont : l'information, la consultation, la concertation, l'implication et l'agir ensemble. Plus les marches de l'échelle sont gravies, plus les niveaux de participation et de prise en compte de l'avis de la personne dans la décision sont élevés, pour finalement atteindre le niveau de « l'agir ensemble ». Lorsque ce niveau est atteint, la personne fait partie d'un groupe, elle décide du sujet et de la décision finale, principalement entre pairs et éventuellement avec les acteurs sociaux et médico-sociaux. C'est ce niveau qui est recherché, au-delà de l'évaluation participative, les personnes doivent avoir la possibilité de participer à toutes les étapes.

Selon Balzani et Hirlet, en 2021, il convient de penser conjointement l'évaluation et la participation et non plus en ayant une approche « parcellaire ». Leur constat se résume au fait qu'il n'existe, en 2021, aucun bouclage réel entre les deux notions « même si les dirigeants ou les professionnels de

³³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale

³⁴ Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

³⁵ CREAI Bretagne. « Les midis de la qualité - E5 : Participation des personnes accompagnées à l'évaluation : rien sur nous sans nous ! ». Juin 2024. (vidéo)

l'intervention sociale avaient conscience de l'intérêt d'évaluer l'activité et d'associer les usagers » (Balzani & Hirlet, 2021). Les personnes étaient associées lors de la phase de recueil de données et d'information mais ne participaient pas à la conception de l'évaluation ou à l'issue de la démarche d'évaluation (ibid.). Ainsi, « faire participer pour évaluer, évaluer en participant, ces deux notions ne peuvent plus être pensées séparément » (ibid.).

De manière plus institutionnelle, en 2017, l'IGAS publie un rapport à la demande du Premier ministre en juin 2016 sur le dispositif d'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées par les ESSMS³⁶. L'IGAS mentionne ainsi plusieurs constats sur ce dispositif d'évaluation et propose quelques pistes d'amélioration. Parmi ces constats, les conclusions de l'évaluation externe auraient permis à 81 % des ESSMS d'améliorer la qualité des prestations délivrées³⁶. Sur la thématique de la participation et de l'expression des personnes 40 % des ESSMS déclarent avoir opéré des changements concrets à la suite de l'évaluation. Dans une autre enquête de 2015, celle de KPMG³⁷, cabinet d'audit et de conseil, ce sont 39 % des EHPAD qui déclarent avoir renforcé la participation collective au fonctionnement de l'établissement. Un autre constat est que, du fait de leur nombre et de leur volume, les recommandations sont souvent mal appropriées par les équipes des ESSMS. Enfin, l'IGAS recommande à l'Anesm de proposer des référentiels d'évaluation interne communs aux ESSMS afin d'harmoniser les pratiques. Ce type de référentiel, élaboré au niveau national, permettrait d'être plus exigeant sur le contenu du rapport d'évaluation externe, les deux démarches étant liées³⁶. Dans un article de Savignat, il est noté que « l'absence de réelle représentation directe des usagers dans le champ social et médico-social (contrairement à celui de la santé) n'a pas permis à la mission IGAS d'investiguer cette question » (Savignat, 2020).

L'ancien dispositif d'évaluation incluait peu les représentations des personnes accompagnées et leur expression était limitée. Plusieurs constats ont alors fait évoluer les modes de pensée à ce sujet.

Finalement, en 2018, Hardy disait “ce secteur souffre par rapport à d'autres de la quasi-absence de référentiels et de normes opposables relatives à ses moyens pour réaliser des objectifs souvent très généraux et peu finalisés et ainsi atteindre des résultats...” (Hardy, 2018). C'est donc, par l'ensemble de ces constats que le référentiel d'évaluation des ESSMS va être élaboré par la HAS.

³⁶ IGAS. Rapport : Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Juin 2017.

³⁷ KPMG. Évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux – Bilan et perspectives. Décembre 2015. Bilan réalisé à partir de 266 réponses de directeurs d'EHPAD uniquement, 40 directeurs à la fois d'EHPAD et d'ESSMS et 134 directeurs d'ESSMS hors EHPAD.

1.3 Le transfert des compétences à la HAS : la création d'un référentiel d'évaluation des ESSMS

Depuis la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour l'année 2018³⁸, la HAS s'est vu confier les missions concernant l'évaluation de la qualité des ESSMS. Par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé (loi OTSS)³⁹, la Haute Autorité de Santé se voit dotée des compétences de l'Ansem. Elle va chercher à placer les personnes accompagnées au cœur du dispositif de l'évaluation. Nous étudierons dans un premier temps les généralités relatives à ce référentiel puis la manière dont la HAS place la personne accompagnée au centre de l'évaluation, à commencer par son inclusion à l'élaboration du référentiel.

1.3.1 Les généralités sur le nouveau référentiel

L'article 75 de la loi OTSS³⁹ fait modifier l'article L. 312-8 du CASF comme suit : « Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du Code de la sécurité sociale... »⁴⁰. Ainsi, la HAS est chargée d'élaborer un référentiel national commun pour l'ensemble des ESSMS, comme le recommandait l'Igas (voir 1.2.3). Ce référentiel commun doit permettre aux organismes évaluateurs, désormais habilités par la HAS également, de mener les évaluations. Le rythme des évaluations est fixé par le décret du 26 avril 2022⁴¹ à tous les cinq ans. Ainsi, on ne distingue plus les évaluations internes des évaluations externes. Seules les évaluations par les organismes évaluateurs, appelées « évaluations externes » selon l'ancien dispositif, sont réglementaires. Les auto-évaluations, auparavant nommées évaluations « évaluations internes », sont fortement recommandées et peuvent être réalisées selon le même référentiel d'évaluation. L'objectif est de simplifier et d'alléger la démarche pour les ESSMS, tout en conservant le sens qui était donné à la succession des évaluations internes et externes, à savoir la démarche d'amélioration continue de la qualité. En ce sens, l'une des recommandations de l'Igas en 2017 est à nouveau prise en compte puisqu'il s'agissait d'offrir un outil aux ESSMS leur permettant de réaliser les évaluations internes. Ainsi, le référentiel créé (Annexe 8 – Extrait du référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS, HAS) se construit selon trois chapitres : la personne, les professionnels et l'ESSMS. Chaque chapitre interroge neuf thématiques se concentrant sur des sujets comme la bientraitance, l'expression et la

³⁸ Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

³⁹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁴⁰ Article L312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles..

⁴¹ Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

participation, les droits, l'autonomie, la santé, la fluidité des parcours, les ressources humaines ainsi que la démarche qualité et gestion des risques. Au total on retrouve 42 objectifs et 157 critères dans l'ensemble du référentiel. Un référentiel d'évaluation est, selon Hardy en 2018, un « ensemble des références sur lesquelles on s'appuie pour conduire une évaluation. Il est donc composé d'indicateurs avec leur valeur de référence, voire de normes » (Hardy, 2018). La « valeur de référence » dont parle Hardy se matérialise, dans le référentiel, par les éléments d'évaluation ou « EE ». Pour chaque EE une note est attribuée. Une moyenne est calculée entre toutes les notes des EE pour obtenir la cotation du critère correspondant. La valeur de référence est 4 pour des EE qui sont totalement satisfaisants puis est dégressive jusqu'à 1. Les ESSMS ayant de très bonnes pratiques au-delà des attentes de la HAS pour certains critères obtiennent la cotation « * » à ces critères. Ci-dessous, le tableau 1 des cotations est présenté :

Cotation	Légende
1	Le niveau attendu n'est pas du tout satisfaisant
2	Le niveau attendu n'est plutôt pas satisfaisant
3	Le niveau attendu est plutôt satisfaisant
4	Le niveau attendu est tout à fait satisfaisant
*	Le niveau atteint est optimisé
NC	L'ESSMS est non-concerné par l'(les) élément(s) d'évaluation d'un critère
RI	La personne accompagnée donne une réponse inadaptée à l'évaluateur (chapitre 1)

Tableau 1 - Table des cotations selon le référentiel HAS. Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS, HAS, mars 2022.

De surcroît, parmi les critères, 18 sont dit « impératifs » et correspondent à des exigences impliquant la mise en place d'actions spécifiques dans la continuité immédiate de la visite d'évaluation, s'ils ne sont pas tout à fait satisfaisants (cotation inférieure à « 4 »). L'ensemble des critères sont applicables aux ESSMS selon le secteur d'activité, le type de structure et le public accompagné. Les EHPAD sont concernés par 135 critères standards et les 18 critères impératifs.

Ces critères sont évalués selon des méthodes d'évaluation précises : l'accompagné traceur (AT) pour le chapitre 1, le traceur ciblé pour le chapitre 2 et l'audit système pour le chapitre 3. Chaque méthode met en œuvre différents moyens d'évaluation : les entretiens, les observations et la revue documentaire. Dans le cadre de ce mémoire, nous détaillerons principalement la méthode de l'AT, méthode en lien direct avec la participation des personnes accompagnées à l'évaluation (voir 2.2).

Enfin, afin de réaliser les évaluations, les ESSMS, comme les organismes évaluateurs ont accès à un système d'information sécurisé dédié : Synaé. Ce système reprend l'ensemble des critères du référentiel applicables à un ESSMS considéré et met à disposition les grilles d'évaluation correspondantes au regard des cibles d'entretien identifiées (AT, traceur cible, audit système). Synaé va également permettre de générer le rapport de la visite d'évaluation.

La nouvelle méthode d'évaluation de la HAS apporte donc des nouveautés par la création d'un référentiel commun, l'apport de nouvelles méthodes d'évaluation ainsi qu'un système d'information permettant à la fois les auto-évaluations par les ESSMS et les évaluations par les organismes évaluateurs.

1.3.2 La participation des personnes accompagnées à la construction du référentiel

La construction du référentiel HAS s'est faite avec de nombreux acteurs, tous concernés par l'évaluation des ESSMS. La HAS a fait le choix de coconstruire le référentiel avec l'ensemble des acteurs professionnels et les personnes accompagnées du secteur social et médico-social. Ce choix s'inscrit dans les enjeux du référentiel portés par la HAS : permettre à la personne d'être actrice de son parcours (1) ; renforcer la dynamique qualité au sein des établissements et services (2) ; promouvoir une démarche porteuse de sens pour les ESSMS et leurs professionnels (3)⁴².

Ainsi, rendre accessible l'élaboration du référentiel d'évaluation aux personnes accompagnées s'inscrit notamment dans le premier enjeu de la HAS : « *c'était l'objectif numéro un* » témoigne l'interlocutrice de la HAS. Les personnes mobilisées sont actrices et leur expression est recherchée afin qu'elles participent à la décision des critères à inclure dans le référentiel. Elles participent également au choix des méthodes et de la mise en forme du référentiel (Ghadi, 2020). De plus, la participation des personnes accompagnées à la construction du référentiel s'inscrit dans un enjeu plus global de participation à l'élaboration des politiques publiques. Effectivement, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST de 2009⁴³ initie la volonté des pouvoirs publics d'inclure les personnes dans l'élaboration de leurs politiques, aux instances de concertation et de consultation des politiques sanitaires mais aussi sociales. Cette volonté s'inscrit dans une démarche plus globale de démocratie sanitaire et sociale (Demoustier & Priou, 2013). Ainsi, la place dominante n'est plus laissée aux professionnels ou à la gouvernance des ESSMS et la personne accompagnée devient « la figure moderne de celui qui a un avis éclairé sur les besoins sociaux, médico-sociaux et en matière de santé » (ibid.).

Afin d'inclure les personnes accompagnées à la construction du référentiel d'évaluation, plusieurs étapes ont été respectées. Un appel à candidatures a été lancé par la HAS au cours de l'année 2019 ; plus de 1 100 candidatures ont été réceptionnées, comprenant à la fois des professionnels, des personnes accompagnées et des représentants des secteurs du social et du médico-social⁴². À la suite d'une sélection, vérifiant notamment les déclarations publiques d'intérêts des personnes, 154 candidatures ont été retenues, tous secteurs confondus. Parmi ces 154 personnes, 14 étaient des

⁴² HAS. « Comprendre la nouvelle évaluation des ESSMS ». 2023.

⁴³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

personnes accompagnées explique la personne de la HAS. Nous ne savons cependant pas combien de personnes accompagnées avaient répondu à l'appel à candidature et nous ne connaissons pas leur profil. Néanmoins, ce chiffre, « 14 personnes accompagnées », peut sembler plutôt faible au regard du nombre de candidatures retenues. Nous identifierons les difficultés de participation éventuelles des personnes, et plus particulièrement du public âgé, dans la partie 3.1. À la suite de ces groupes de travail, une première version du référentiel a été soumise à la consultation publique durant deux mois. A nouveau, cette méthode employée permet une participation active des personnes accompagnées qui ont pu rendre un avis sur le référentiel. Ainsi, ce sont près de 9 000 contributions qui ont été apportées par 713 participants différents, individuels ou collectifs. Cependant, l'un des freins que nous pouvons identifier avec cette méthode est l'accessibilité. Nous pouvons penser qu'un grand nombre de personnes accompagnées ayant eu connaissance de cette consultation publique, l'on eut par le biais de leur famille ou bien des professionnels ou membres de la gouvernance de la structure dans laquelle ils sont inscrits. Il faut donc que ces personnes présentent, déjà, un intérêt pour la qualité et les évaluations afin de présenter la consultation publique aux personnes accompagnées. Il est à noter que la consultation publique reste un moyen de « tester » le référentiel et notamment sa bonne compréhension. En effet, un référentiel d'évaluation applicable aux ESSMS doit être compris par tous : « les professionnels d'un ESSMS, les personnes accompagnées et leurs proches doivent pouvoir en comprendre le contenu » (Ghadi, 2020). Avant sa publication définitive, le référentiel a donc été modifié à la suite des retours faits lors de la consultation publique ainsi que des expérimentations du référentiel par des membres de la HAS dans 20 structures volontaires. Les expérimentations se sont voulues être les plus exhaustives possibles en se rendant à la fois en milieu urbain et rural, dans huit régions différentes, au sein d'établissements et de services à la fois sociaux et médico-sociaux et auprès de différents publics. Enfin, malgré la participation des personnes à l'élaboration du référentiel, ainsi que celle des professionnels, nous remarquerons, dans la partie 0 que les professionnels ainsi que les personnes accompagnées n'arrivent pas toujours à appliquer ni à comprendre le référentiel, rendant alors difficile la participation de tous à l'évaluation.

Ainsi, la participation des personnes accompagnées à la création d'un référentiel d'évaluation compréhensible par tous constitue la première étape dans la notion de bouclage entre l'évaluation et la participation des personnes accompagnées. Quelques freins peuvent cependant apparaître, notamment en termes d'accessibilité des informations ou de volonté de participation des personnes.

1.3.3 Les attendus en matière d'évaluation des ESSMS : la participation des personnes accompagnées comme premier objectif

Le premier référentiel d'évaluation élaboré par la HAS a pour objectif de rendre plus contraintes les thématiques à prioriser par les ESSMS. Quatre valeurs fondamentales sont alors visées prioritairement dans ce dernier : le pouvoir d'agir de la personne (1) ; le respect des droits

fondamentaux (2) ; l'approche inclusive des accompagnements (3) et la réflexion éthique des professionnels (4). Ainsi, la participation des personnes accompagnées est une valeur à part entière dans les orientations stratégiques mises en avant par la HAS.

Dans le nouveau référentiel d'évaluation, le choix a été fait d'aborder les fondamentaux propres à l'ensemble des ESSMS, de proposer un guide méthodologique pour le déroulement des visites ainsi qu'un modèle structuré du rapport d'évaluation (Savignat, 2020). C'est donc un référentiel qui se veut structurant pour l'évaluation, avec des attendus précis en termes de thématiques et de méthodologie. Ces deux aspects intègrent la participation des personnes accompagnées. Ainsi, l'usager est une partie prenante de l'évaluation avec un double titre : celui de « bénéficiaire » d'un accompagnement, et celui de co-acteur de l'établissement. Le référentiel HAS renforce donc cela dans l'évaluation par deux paramètres : des questions traitant de la thématique sur l'expression des personnes accompagnées à la vie collective des ESSMS ainsi que par des méthodes d'évaluation les incluant.

En ce qui concerne le premier paramètre, on cherche, selon l'interlocutrice du CAPPS, à évaluer la manière dont les ESSMS sont « *en phase avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et la législation* ». Effectivement, les recommandations invitent et la législation oblige, par certains moyens, dont la mise en place d'un CVS, « *à intégrer la personne accompagnée, ou ses proches, en tant qu'acteurs* » rappelle-t-elle. Néanmoins, selon le qualiticien d'un EHPAD interrogé, le référentiel va au-delà de la loi dans ses attendus. Il donne notamment l'exemple de la présentation systématique du bilan des plaintes et des réclamations lors du CVS qui « *n'était pas du tout dans les textes relatifs au CVS jusque-là* » et « *est arrivé dans le cadre du manuel* ». De plus, selon Véronique Ghadi, membre de la HAS lors de l'élaboration du référentiel, les volontés de la HAS sont que le référentiel doit d'abord aller chercher les résultats de l'accompagnement pour la personne avant d'évaluer la bonne application de procédures. Il doit inciter les ESSMS à placer la personne accompagnée au cœur de l'accompagnement (Ghadi, 2020). Le référentiel est donc un outil qui doit également permettre aux ESSMS de s'interroger sur leurs pratiques, dont celles concernant la participation des personnes.

En ce qui concerne le deuxième paramètre, celui de la participation des personnes à l'évaluation, l'interlocutrice du CAPPS interrogée relate : « *le nouveau référentiel apporte des outils, l'ancienne méthode n'apportait pas d'outils aussi précis qui permettent d'évaluer. [...] le nouveau référentiel avec ces outils offre ou oblige de manière incontournable à associer le résident et à les rechercher [...] et ça, c'est bien pour moi* ». Lors du webinaire des midis de la qualité sur le sujet de la participation⁴⁴, une membre du CREA dit également : « *ce dispositif mobilise pour la première fois, dans ses méthodes d'évaluation, directement la participation* ». Dans son article en 2023, Jaeger

⁴⁴ CREA Bretagne. « Les midis de la qualité - E5 : Participation des personnes accompagnées à l'évaluation : rien sur nous sans nous ! ». Juin 2024. (vidéo)

détaille les pensées de Joëlle Zask, philosophe et auteure française qui identifie trois formes de participation : bénéficier, contribuer et prendre part (Jaeger, 2023). Ainsi, le plus souvent, nous identifions encore les EHPAD comme des structures où les personnes bénéficient de soins, de services et d'accompagnement. La situation de dépendance des personnes renforce cet a priori. Le groupe, sous-entendu la structure et le personnel de l'EHPAD, préexiste alors à l'individu et s'impose à lui. La personne fait donc partie d'un ensemble mais n'y prend pas toujours part. Néanmoins, les politiques publiques s'orientent de plus en plus vers une volonté d'intégrer les personnes dans ce groupe et de former une unité dans la prise de décisions concernant les ESSMS. On s'oriente alors vers la forme du « prendre part » dans laquelle les individus ne participent plus passivement mais de manière active au groupe. Ainsi, lorsque l'on souhaite évaluer un ESSMS, ce ne sont plus uniquement les membres de la gouvernance ainsi que les professionnels qui vont prendre part à l'évaluation. On cherche à rendre les personnes actives sur les questions d'évaluation, au-delà de la simple consultation de leur avis. C'est donc en ce sens que les méthodologies de l'évaluation ont été construites. Nous les identifierons dans la partie 2.2.

Le référentiel d'évaluation de la HAS cherche donc à la fois à évaluer la participation des personnes accompagnées au travers de thématiques sur ce sujet mais également à travers des méthodes permettant l'expression des personnes lors de l'évaluation.

Ainsi, les travaux pour la création du nouveau référentiel ont été initiés par la HAS à qui les compétences d'évaluation du secteur social et médico-social ont été transmises en 2018. L'expression des personnes accompagnées est une thématique centrale du référentiel, tant lors de l'élaboration de ce dernier que dans les critères évalués et les méthodes employées pour l'évaluation.

Dans cette première partie, nous avons compris l'histoire de l'évaluation dans le secteur social et médico-social, principalement depuis la loi de 2002-2 jusqu'à la création du référentiel d'évaluation des ESSMS par la HAS en 2022. Nous avons également observé l'extension des modes de participation et d'expression des personnes dans ce secteur. Finalement, la notion de bouclage entre l'évaluation et la participation devient de plus en plus essentielle, destinée à permettre aux personnes accompagnées d'être actrices de la démarche d'amélioration continue de la qualité des structures. Dans la suite de ce travail, nous nous intéressons plus particulièrement aux EHPAD par les retours d'expérience des acteurs suivants : les membres du personnel ou de la gouvernance ainsi que les personnes accompagnées. Effectivement, s'intéresser à différentes expériences de terrain nous permet dans un premier temps d'étudier la manière dont les EHPAD et le référentiel vont inclure les personnes durant les deux étapes principales de la démarche évaluative : l'auto-évaluation, recommandée mais non obligatoire ; et la visite d'évaluation par un organisme évaluateur, visite obligatoire, tous les cinq ans désormais.

Partie 2 : De l'auto-évaluation à la visite d'évaluation : la mise en œuvre de la participation à toutes les étapes

Le référentiel d'évaluation des ESSMS insiste sur la participation des personnes à la vie de la structure, aux décisions collectives, ainsi qu'à l'évaluation de cette structure. Ainsi chaque ESSMS, dont les EHPAD, doivent s'approprier le référentiel afin de mener leur auto-évaluation. Dans le même temps, ils se doivent de rechercher l'expression des personnes qu'ils accompagnent lors de la préparation de cette évaluation. Durant la visite par les organismes évaluateurs, ce sont eux qui, par des méthodes imposées dans le référentiel, se doivent de recueillir les propos des personnes accompagnées participant à l'évaluation. Dans le même temps, ils évaluent les critères relatifs à la participation des personnes accompagnées. Enfin, la recherche constante de la parole des personnes et leur participation à l'évaluation nécessite également un travail de coopération avec les professionnels, à la fois dans la préparation de l'évaluation, mais aussi dans la nouvelle méthode imposée par le référentiel HAS : celle de l'accompagné traceur (AT). Afin de comprendre le sens des prochains propos, nous proposons de donner la définition de l'AT présente dans le référentiel d'évaluation de la HAS qui explique que cette méthodologie implique un croisement des regards entre les personnes et les professionnels :

« La méthode de l'accompagné traceur est centrée sur l'analyse de l'accompagnement d'une personne accompagnée par la structure évaluée. Elle permet, à partir du croisement des regards, d'apprécier la qualité des pratiques au quotidien. Elle s'appuie sur le recueil, avec son consentement, de l'expérience de la personne et de l'expression des professionnels qui l'accompagnent au quotidien. » (Définition de la méthode de l'accompagné traceur. HAS. Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS. Mars 2022)

2.1 La préparation de l'évaluation en EHPAD : un travail d'auto-évaluation avec les personnes accompagnées et les professionnels

Bien que le terme d'évaluation interne au sens de la loi de 2002-2 n'existe plus, les auto-évaluations précédant la visite d'évaluation sont fortement recommandées afin de préparer cette dernière. L'insertion des personnes dans la démarche évaluative nécessite dans un premier temps qu'elles soient bien informées afin qu'elles puissent notamment donner leur consentement. Par la suite, les EHPAD s'approprient le référentiel selon différentes méthodes afin de préparer l'évaluation. Finalement, nous verrons que lors de la préparation à l'évaluation, les EHPAD cherchent principalement à se conformer aux attentes du référentiel afin d'obtenir de bons résultats, quitte à s'éloigner de leurs bonnes pratiques déjà en place.

2.1.1 Le travail d'information et de recueil du consentement des personnes accompagnées participant à l'évaluation

Lorsqu'un EHPAD souhaite faire participer une personne à l'évaluation des pratiques dans l'établissement, il doit anticiper cette participation suffisamment en amont. La personne doit alors recevoir des informations claires et son consentement à participer doit être recueilli.

D'après l'ensemble des retours obtenus dans le cadre de la préparation de ce mémoire ainsi que dans le cadre de l'alternance, il est coutume pour les EHPAD de préparer la visite d'évaluation. Selon les méthodes imposées par le référentiel de la HAS, notamment la méthode de l'AT ainsi que celle de l'entretien avec le CVS, la préparation de cette visite se fait avec les personnes accompagnées. Le travail d'information des personnes à l'évaluation en amont se fait généralement entre un et six mois avant la visite de l'évaluation. Deux stratégies sont adoptées par les EHPAD pour informer les personnes du processus d'évaluation : une information claire et plus ou moins détaillée ou bien une information plus succincte, chacune ayant des objectifs différents selon les volontés des EHPAD.

Dans le premier cas, les personnes accompagnées sont informées de la démarche d'évaluation, des étapes et des objectifs de cette dernière. Cette information aux personnes se fait, dans tous les EHPAD interrogés, par les membres de la gouvernance ou du personnel. Cela peut induire des biais puisque les personnes transmettant l'information disposent déjà de leur propre compréhension et perception de l'évaluation. Dans le cadre du référentiel d'évaluation, les EHPAD ont effectivement un niveau d'appropriation différent de celui-ci selon leur histoire. D'autre part, les opinions quant aux méthodes proposées et au contenu de l'évaluation peuvent parfois être partagées. La directrice de l'EHPAD géré par le CCAS reconnaît qu'elle n'est pas enthousiaste à l'idée de faire l'évaluation selon les modalités propres au référentiel de la HAS (voir 2.1.2). Elle suppose alors que cet avis a influencé celui des personnes accompagnées qui ont été informées : « *ils n'en voient pas l'utilité [...] on n'a peut-être pas présenté comme il fallait non plus [...] et on nous a dit « [...] bon bah d'accord s'il faut »* ». On entend dans ces paroles que les habitants de l'EHPAD ont fait confiance au personnel pour l'évaluation et se sont laissés porter par la démarche sans pour autant en comprendre les attendus. La personne accompagnée interrogée dans cet EHPAD témoigne en ce sens : « *on ne sait pas dans quel but, c'est un questionnaire mais bon, qui va l'étudier, qui va, ... et pour la direction c'est flou aussi* ». Ainsi, les paroles de la personne accompagnée attestent du fait que les informations comprises par les personnes découlent directement de celles comprises par les membres de la gouvernance ou du personnel.

Dans un autre EHPAD, pour lequel la visite d'évaluation avait lieu six mois après l'entretien, les personnes ont principalement été informées au cas par cas, individuellement. Ainsi, les personnes choisies pour l'auto-évaluation ont été sollicitées en amont de leur entretien avec le qualiticien, par le qualiticien lui-même : « *je vais les rencontrer une première fois, pour leur expliquer l'objectif et que je souhaite les rencontrer dans le cadre d'un entretien. Et je leur remets ce document-là, qui*

explique un peu les modalités ». Une première information quelque temps avant l'entretien est donc nécessaire, permettant de ne pas surprendre la personne.

Dans l'EHPAD pour lequel l'évaluation avait déjà eu lieu, le terme d'évaluation n'a pas été nommé expressément. En effet, comme le conseillent Donnet-Descartes et Dujardin (2012), lorsqu'un établissement demande à une personne de participer, l'objet de l'évaluation ne doit pas être donné. Il est préférable de proposer à la personne un échange, permettant d'obtenir son récit sur ses expériences dans l'EHPAD par exemple (Donnet-Descartes & Dujardin, 2012c). C'est également avec ces termes d' « échanges » et aussi de « témoignages » que les deux autres EHPAD peuvent aborder le sujet des entretiens avec les personnes accompagnées : « *moi je leur parle pas d'évaluation, je leur dis qu'on va être visité par des personnes, et quand je viens faire les accompagnés traceurs, je leur dis bien que c'est dans le cadre d'un entretien avec eux pour recueillir leur ressenti, l'appréciation de leur séjour chez nous, ...* » témoigne un qualiticien.

De fait, l'enjeu pour l'ensemble des EHPAD est de ne pas faire de l'évaluation quelque chose d'anxiogène. Le témoignage de la personne interrogée dans ce dernier EHPAD laisse alors à penser que l'évaluation n'est pas vécue comme stressante pour elle : « *moi je trouve ça très bien, il faut qu'il y ait des personnes qui regardent si ça se passe bien ou pas. Et venant de l'extérieur ça peut être intéressant oui de discuter, échanger, comme ils voient comment ça se passe dans les autres EHPAD aussi* ». La directrice d'un autre EHPAD émet pourtant un avis plus mitigé sur l'anxiété possiblement générée par cette évaluation, notamment dans le cadre des entretiens, pouvant générer des questionnements inadéquats chez des personnes vulnérables : « *la grand-mère elle ne se posait pas cette question-là, elle se dit « bah non pourtant moi ça je trouvais bien, mais puisque vous me posez la question, ce n'est pas bien alors ? » et bah ça peut être anxiogène en fait* ». Toutefois, la personne accompagnée questionnée dans ce même EHPAD exprime de manière claire qu'elle ne ressent pas de stress : « *pas de stress du tout non [...] moi je vais dire juste comment ça se passe [...] ce qu'on vit ici, on sait déjà ce qu'on vit* ». L'entretien est alors perçu comme un récit de son expérience et de celles des autres habitants, cette femme étant membre du Conseil de la Vie Sociale de l'EHPAD. Une cadre de santé d'un autre EHPAD s'exprime cependant en disant que l'évaluation peut être perçue comme angoissante : « *on a vraiment lancé les choses un mois avant, ça ne servait à rien de les alarmer plus que ça avant* ». Elle donne également l'exemple de personnes pour lesquelles l'évaluation était une source de stress : « *certains me disaient, « on a peur de dire des bêtises » mais je leur disais « mais vous ne direz pas de bêtises, vous allez raconter votre quotidien [...] vous dites les choses telles que vous les ressentez »* ». L'enjeu, en amont, est donc de rassurer les personnes et de faire de l'entretien évaluatif un échange sur la vie de la personne et son ressenti.

Un travail d'information des familles à l'évaluation a également été fait dans certains EHPAD, par le biais d'une note expliquant la procédure d'évaluation et les modalités de réalisation de celle-ci ou

bien par l'usage de Famileo⁴⁵. Effectivement, cette information aux familles semble essentielle à transmettre en amont de l'évaluation car elles peuvent être amenées, pour certaines, à livrer leur témoignage le jour de la visite d'évaluation dans le cadre de la méthodologie de l'AT (voir 2.2). Enfin, le consentement de la personne est primordial pour sa participation à la démarche d'évaluation. Ce consentement doit être donné et renouvelé ; nous pouvons parler d'un consentement en deux étapes. En effet, celui-ci doit être donné au moment où la personne est informée une première fois du souhait de l'établissement pour qu'elle participe à l'évaluation, ou à l'auto-évaluation. Celui-ci doit être renouvelé le jour de l'entretien. Ainsi, par exemple, le qualiticien d'un EHPAD propose, pour l'auto-évaluation de fixer la date et l'heure de l'entretien avec la personne. Il lui remet ensuite un coupon qu'elle peut garder dans sa chambre. Cet accord préalable entre deux personnes permet de les placer sur un même niveau dans la prise de décision. Le recueil du consentement est un élément indispensable dans la participation des personnes. Dans le cadre de l'évaluation par un organisme extérieur, il est préconisé que le recueil du consentement se fasse par un tiers en amont de la rencontre avec l'enquêteur et que cet accord soit renouvelé et confirmé préalablement à l'entretien (Donnet-Descartes & Dujardin, 2012c). C'est ce qui est réalisé lorsque les EHPAD choisissent la liste des personnes qu'ils proposent à l'organisme évaluateur pour que ce dernier sélectionne celles qu'il va rencontrer le jour de la visite. Enfin, la possibilité de refuser de participer doit être garantie tout au long du processus (ibid.).

L'information des personnes à l'évaluation est nécessaire afin de recueillir leur consentement, cependant, il est préférable de parler d'échange et de témoignages auprès des personnes et non d'évaluation, ceci pouvant entraîner du stress chez ces dernières.

2.1.2 L'appropriation, par les EHPAD, des méthodes et des outils du référentiel d'évaluation de la HAS

L'ensemble des EHPAD pris en compte dans le cadre de ce mémoire disposaient déjà de modes d'évaluation incluant les personnes accompagnées avant la publication de la nouvelle méthode. Un travail a été nécessaire pour adapter ces méthodes à celles attendues dans le cadre du référentiel de la HAS.

Pour l'EHPAD géré par le CH, la préparation a débuté près de deux ans avant l'évaluation, sans connaître la date de l'évaluation. Effectivement, l'EHPAD dispose d'un qualiticien, soit un temps dédié à la mise en œuvre de la démarche qualité. De plus, le manuel d'évaluation de la HAS a été publié au moment où le CH terminait son processus de certification pour la partie sanitaire. Ainsi, le

⁴⁵ Famileo est un outil de communication principalement entre une personne âgée et sa famille. Il permet à la famille de transmettre des photos et des messages qui sont consignés dans un journal imprimé au format papier et distribué tous les mois à la personne. Il permet également, pour les EHPAD, de transmettre des informations à la famille de la personne sur la plateforme numérique. <https://www.famileo.com>

qualiticien était déjà inséré dans une démarche qualité pour l'établissement hospitalier. Il a donc saisi ce concours de circonstances pour poursuivre de la même manière sur le volet médico-social, d'autant que, nous l'étudierons dans la partie 3.2.2, le référentiel proposé par la HAS s'inspire pour partie, dans son contenu et ses méthodes, du référentiel de certification des établissements sanitaires. Ainsi, les méthodes de « traceurs » étaient bien connues pour cet EHPAD : « *on a déjà l'habitude de ces outils-là dans l'établissement parce que dans le cadre de la certification sanitaire on a déjà le patient traceur qui existe [...]* » explique le qualiticien de l'EHPAD. Avant la publication du référentiel, le qualiticien réalisait déjà ce type d'entretien avec les personnes accompagnées dans un objectif plus précis de suivi des parcours entre le secteur sanitaire et médico-social au sein du CH : « *même avant que le manuel arrive je l'avais déjà étendu moi au médico-social notamment en faisant des entretiens croisés, inter-établissements avec des accompagnés [...] entre le sanitaire, et nos établissements médico-sociaux* ». Cette initiative a donc servi de fondement pour construire la méthodologie d'auto-évaluation de l'EHPAD. Le qualiticien s'est donc appuyé sur ses connaissances et expériences passées ainsi que sur le manuel d'évaluation de la HAS pour réaliser un ou deux accompagnés traceurs (AT) par mois dans l'EHPAD dans le but de préparer l'évaluation. Pour construire ces entretiens, le qualiticien a utilisé le fichier EXCEL listant tous les critères du manuel d'évaluation de la HAS. Ce dernier est accessible à tous sur le site internet de la HAS⁴⁶ : « *à partir du fichier EXCEL de la HAS, j'ai fait un filtre sur « la personne » et j'ai pu en extraire tous les éléments qui allaient être échangés avec le résident* ». Par la suite, pour aller au bout de la démarche de l'AT, il réalise une synthèse de cet entretien et en échange avec l'équipe. D'autres EHPAD ont également réalisé cette méthode dans leur auto-évaluation. Par exemple, un EHPAD a réalisé trois accompagnés traceurs, soit trois entretiens avec le résident et avec les équipes. En effet, l'entretien avec l'équipe à la suite de l'entretien avec la personne fait partie de la méthodologie de l'AT (voir 2.3.2). Dans l'ESPIC, la méthode du « *résident traceur* » était également connue puisque le personnel réalisait déjà deux résidents traceurs par an avant la publication du référentiel. La réalisation d'une « *visite à blanc* » cinq mois auparavant a tout de même permis de conforter les méthodes déjà en place.

D'autres méthodes sont aussi adoptées par les EHPAD pour évaluer les pratiques tout au long de l'année avec les personnes. Dans l'EHPAD géré par le CH ce sont des enquêtes de satisfaction qui sont distribuées aux résidents ainsi qu'à leurs familles tous les ans. Selon le qualiticien, les enquêtes de satisfaction permettent aux résidents de « *s'exprimer librement sur ce qu'ils pensent de l'établissement* ». Au sein de l'ESPIC, les personnes accompagnées ont également eu l'occasion de participer à un audit avec une infirmière hygiéniste sur les pratiques des professionnels : sur le port des bijoux ou le lavage des mains par exemple. La cadre de santé de l'EHPAD explique que cela a

⁴⁶ HAS. Fichier EXCEL liste des critères du référentiel d'évaluation des ESSMS. 2023.

Sarah HUET - Mémoire de l'Université de Rennes - École des Hautes Études en Santé Publique

été un moyen d'associer l'ensemble des résidents à l'évaluation sur une même thématique : « *pour la première fois ce sont tous nos résidents qui ont évalués les pratiques et c'était très intéressant. Ça c'est une manière de participer* ».

En outre, à propos du CVS il a aussi été nécessaire pour les EHPAD de préparer leurs membres à l'évaluation. Dans la préparation de l'entretien avec le CVS, réglementaire selon le manuel de la HAS, les personnes accompagnées ont pu être plus facilement associées à la lecture du référentiel et à la préparation des critères de l'évaluation. Le qualiticien de l'EHPAD géré par un CH explique qu'il a sollicité le CVS « *de manière un peu exceptionnelle [...] autour des critères d'évaluation du fonctionnement du CVS. [...] ça a été une vraie réunion de travail, où on a parcouru ensemble les critères de l'évaluation relatifs au fonctionnement du CVS* ». Là encore, le qualiticien a pu s'appuyer sur des outils existant dans le manuel d'évaluation de la HAS comme la grille dédiée à l'entretien avec les membres du CVS (Annexe 9 – Grille d'évaluation spécifique aux CVS).

Enfin, d'autres méthodes moins formalisées existent dans les EHPAD. Par exemple, dans l'EHPAD géré par le CCAS, la directrice soutient qu'il n'y a pas toujours besoin d'instance définie comme le CVS ou de réunion de travail dédiée pour évaluer les pratiques et y apporter des solutions. De cette façon, l'évaluation des pratiques se fait généralement au cas par cas lorsque les habitants soulèvent un problème ou expriment une interrogation. Les conversations peuvent donc avoir lieu dans un couloir ou autour d'un café, les personnes souhaitant participer à la conversation étant libres de s'insérer dans la conversation. L'habitante de l'EHPAD interrogée dit tout naturellement « *quand quelque chose ne va pas, ça change, on n'attend pas* ». Dans cet EHPAD, la méthodologie de l'AT a tout de même été réalisée auprès de quelques habitants, notamment pour comprendre les attendus de la HAS sur les critères d'évaluation ainsi que pour préparer les personnes qui seront sélectionnées pour réaliser des entretiens lors de la visite d'évaluation.

Ainsi, chaque EHPAD adopte des stratégies différentes pour répondre aux attentes du référentiel en termes de méthodes incluant les personnes accompagnées. Le choix est toujours privilégié de réaliser des entretiens « blancs » avec les personnes, afin de les familiariser à cette démarche et également dans le but de faire l'auto-évaluation de l'établissement permettant ainsi de répondre aux critères d'évaluation attendus.

2.1.3 La réponse aux exigences du référentiel avant tout

En ce qui concerne l'évaluation des critères sur la participation, certains EHPAD ont dû s'adapter pour être conformes aux attentes du référentiel. C'est cette recherche de conformité que nous allons détailler ici.

L'un des objectifs des EHPAD, lorsqu'ils se préparent en avance à la visite d'évaluation, est de répondre aux exigences demandées dans le cadre du référentiel d'évaluation. Effectivement, l'un des EHPAD a débuté son auto-évaluation deux ans en amont puisque le souhait du qualiticien était de réaliser suffisamment tôt l'auto-évaluation avec les personnes afin de dégager des pistes

d'amélioration et de les mettre en œuvre avant la visite d'évaluation. Selon lui, la réalisation de l'auto-évaluation avec les personnes « *nous a permis d'identifier des pistes d'amélioration et c'était volontaire de notre part de le faire suffisamment à l'avance de manière à pouvoir mettre en œuvre les actions suffisamment tôt dans le temps* ». Ainsi, les personnes accompagnées jouent un rôle privilégié dans l'auto-évaluation des pratiques puisqu'elles permettent de mettre en évidence les bonnes pratiques mais aussi les pratiques pour lesquelles des améliorations peuvent être apportées. Dans tous les EHPAD, répondre aux exigences consiste dans un premier temps à passer en revue l'ensemble des critères en s'appropriant le référentiel. Effectivement, auparavant, il existait un ensemble de guides et de recommandations de bonnes pratiques sur divers sujets. Actuellement, le référentiel inclut l'ensemble des attendus : « *c'est recentré dans un seul et unique manuel d'évaluation qui fait toujours référence à ces recommandations de bonnes pratiques, donc il a fallu qu'on s'approprie ce manuel d'évaluation* » témoigne le qualiticien. Il rajoute également : « *c'est ma bible aujourd'hui* ». Plusieurs stratégies sont adoptées pour la lecture de ces critères, une nouvelle fois selon le niveau de compréhension des EHPAD sur le référentiel. C'est notamment dans cet objectif de meilleure compréhension du référentiel et de ses attendus que l'EHPAD géré par un CCAS a fait appel à une stagiaire de master en intervention et développement social pour préparer l'évaluation car selon la directrice « *je pense qu'il fallait que je prenne de la hauteur [...] il faut peut-être un œil extérieur* ». Ce travail d'appropriation à un coût temporel plus ou moins important selon les expériences de chaque EHPAD et les ressources employées. En effet, à l'inverse, l'EHPAD géré par le CH disposait déjà d'un qualiticien destiné au développement de la politique qualité.

Pour l'ensemble des EHPAD, une fois l'appropriation du référentiel réalisée, il s'agit de mettre à niveau les pratiques avec les attentes du référentiel pour y répondre lors de la visite d'évaluation. Pour cela la directrice d'un EHPAD témoigne « *on a suivi le cadre légal pour préparer l'évaluation* ». Ainsi, pour répondre aux normes, il est nécessaire de rassembler les éléments de preuve pour la bonne appréciation des évaluateurs. Effectivement, en ce qui concerne la participation des personnes, l'accompagné traceur est une méthode mais d'autres éléments de preuve permettent d'évaluer « *la participation effective du résident et ses proches dans la vie de l'établissement* » explique l'interlocutrice du CAPPs. Comme éléments de preuve elle cite notamment : « *la traçabilité des participations, le questionnaire de satisfaction, le registre des plaintes et réclamations, les comptes rendus de CVS, les feuilles d'émargement ... mais aussi les photos, les coupures de journaux, ...* ». Dans le manuel d'évaluation de la HAS⁴⁷, un grand nombre d'éléments de preuve sont mentionnés, notamment dans le cadre de la participation des personnes accueillies dans les instances de participation comme le CVS. On peut noter : les affichages des membres du CVS, les dates des instances collectives et des comptes rendus, les supports d'information utilisés ou encore

⁴⁷ HAS. Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. 2022. P 4-164.

la mise à disposition de moyens de recueil des sujets à mettre à l'ordre du jour des échanges. Cependant, une directrice d'EHPAD émet certaines craintes quant à la disponibilité de ces éléments de preuves qu'elle n'a pas toujours. En effet, la participation des personnes aux décisions collectives de son EHPAD « *se fait beaucoup avec des réunions informelles, des réunions de couloir on appelle ça [...] on fait peu de réunions planifiées, avec un ordre du jour, avec une date fixée à l'avance* ». Ainsi, pour répondre aux attentes du référentiel, cet EHPAD, qui ne disposait pas de CVS, en a créé un spécialement pour répondre aux critères de l'évaluation. L'objectif de l'EHPAD est de se mettre à niveau et de vérifier la cohérence de ses documents et procédures avec les attendus du référentiel : « *on a repris l'ensemble des documents, règlement intérieur, livret d'accueil, tout ce qu'on nous demande [...] on a découvert aussi qu'il y avait des choses obsolètes* » témoigne la directrice.

Néanmoins, l'enjeu de réponse aux attentes à tout prix peut faire entrer les EHPAD dans une démarche qualité contraire aux objectifs initiaux. Effectivement, si l'objectif initial du CVS est de donner la place à l'expression des personnes accompagnées, l'obligation de création de cette instance dans certains ESSMS peut devenir une obsession déraisonnée dans la seule intention de se conformer à des obligations légales. Ce n'est pas le cas dans les EHPAD rencontrés mais Ledermann et Prouvez parlent d'« écueil » et de « paradoxe » lorsqu'ils abordent la contradiction entre l'objectif du CVS, qui est de promouvoir les libertés et droits de la personne, et le fait que la participation d'au moins deux personnes accompagnées soit obligatoire dans cette instance. Les structures se voient parfois contraindre les personnes à y participer afin d'éviter l'absentéisme et de répondre aux attendus (Ledermann & Prouvez, 2020). Ainsi, pour la directrice de l'EHPAD, le CVS nouvellement créé « *ne sert pas à grand-chose, pas en tant que tel, il a de la valeur mais pas comme il doit être décrit dans la loi* ». Selon elle, ce n'est pas avec une instance formalisée par des membres élus, des réunions programmées de manière régulière et des comptes-rendus rédigés que les pratiques évoluent. Elles se modifient selon les problématiques et les besoins du moment : « *ce qui fait évoluer les pratiques c'est quand il y a un sujet, une problématique, on la pose, on en parle, les personnes intéressées s'arrêtent, en discutent, on planifie une réunion si besoin mais ce sont des réunions planifiées en fonction des problématiques [...] ce ne sont pas des réunions pour faire des réunions [...] on n'a pas de compte-rendu* » explique-t-elle. Ainsi, cet exemple de construction d'un CVS nous montre que l'évaluation des pratiques selon un référentiel avec des critères déterminés ne permet pas toujours de prendre en compte les innovations dans les ESSMS tant que les obligations légales ne sont pas remplies. En ce sens, en 2020, Deshaies et. al., invitaient leurs lecteurs à s'interroger : « Créez une procédure unique d'évaluation [...] n'est-il pas dangereux pour les ESSMS dont les projets sont les plus atypiques ? Cela ne va-t-il pas favoriser la banalisation des institutions « types » et détruire toute authenticité, inventivité et originalité ? » (Deshaies et al., 2020). De cette façon, la réponse « à tout prix » à des critères d'évaluation pose question lorsque l'ESSMS dispose de modalités différentes des obligations légales qui répondent, pour autant, aux mêmes objectifs et qui conviennent à l'ensemble des personnes concernées, des personnes accompagnées aux professionnels.

Finalement, la réponse aux critères de l'évaluation en formalisant les pratiques pour avoir les éléments de preuve à fournir aux évaluateurs est une priorité dans les EHPAD pour obtenir de bons résultats d'évaluation. Cependant, cette liste de critères définis ne permet pas toujours aux ESSMS de prendre des initiatives ou d'innover puisqu'ils doivent, avant tout, répondre aux attendus du référentiel, déjà dense puisque qu'il contient, pour rappel, 157 critères.

Ainsi, la réponse aux attentes du référentiel est une priorité dans l'auto-évaluation des EHPAD qui nécessite une temps de préparation à l'évaluation. Pour les professionnels et la gouvernance, un travail d'appropriation du référentiel, de ses critères sur l'expression des personnes accompagnées et de ses méthodes sur la participation des personnes à l'évaluation est nécessaire, avec une mise à niveau des pratiques déjà expérimentées dans les EHPAD. L'information claire et le consentement des personnes sont les deux premières étapes lorsqu'on entre dans une démarche participative et qui vont être nécessaires pour appliquer les méthodes proposées par la HAS : celle de l'accompagné traceur et l'entretien avec le CVS.

2.2 La visite d'évaluation : deux méthodes pour faire participer la personne à l'évaluation dans le cadre du référentiel HAS

La méthode de l'accompagné traceur et l'entretien avec le CVS sont les deux temps privilégiés pour l'expression des personnes accompagnées lors de la visite d'évaluation. La méthode de l'AT est nouvelle et permet un accès à une pluralité d'informations, particulièrement sur l'accompagnement de la personne. Elle présente cependant quelques limites dans sa mise en œuvre. L'entretien avec le CVS est quant à lui plus formalisé dans le manuel d'évaluation de la HAS.

2.2.1 La méthode de l'accompagné traceur : l'entretien avec la personne accompagnée permet d'aller au-delà du questionnaire de satisfaction

Préalablement au référentiel d'évaluation de la HAS, en 2020, Laurent Barbe reprochait à l'évaluation un questionnement limité des personnes accompagnées dans les ESSMS qui se réduisait le plus souvent à un questionnaire de satisfaction (Barbe, 2020). La méthodologie de l'AT dans le secteur social et médico-social permet de pallier ce manquement des précédentes évaluations⁴⁸. L'AT fait l'objet d'une fiche pratique dans le manuel d'évaluation de la qualité des ESSMS de la HAS⁴⁹. Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de cette méthode destinée à évaluer les critères du premier chapitre du référentiel : « la personne ». Ainsi, la méthode de l'AT se

⁴⁸ Sa définition a été donnée précédemment dans l'introduction de la partie 2.2.

⁴⁹ HAS. Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. 2022. P. 179.

construit en trois étapes, détaillées dans la figure 2 ci-dessous : l'identification de la personne accompagnée, la rencontre avec la personne accompagnée et l'entretien avec les professionnels⁵⁰. Cet outil, par l'entretien avec la personne accompagné, permet de valoriser son expression et de renforcer son engagement. Selon l'interlocutrice de la HAS « *on remet la personne au centre du dispositif et on sent bien que ... [l'objectif pour la personne] c'est d'être actrice de son parcours donc chose qui n'était pas forcément faite dans l'ancien dispositif ou [...] pas formalisée comme telle* ». La première étape de cette méthodologie concerne l'identification des futurs AT qui participeront à l'évaluation. Cette sélection se fait par les membres de l'établissement afin de garantir une diversité de profils et de parcours dans les personnes interrogées : « *on souhaite des profils variés pour rendre compte de l'accompagnement et des différents types d'accompagnement au sein d'une structure* » explique l'interlocutrice de la HAS. Ainsi plusieurs éléments permettent de distinguer les profils des personnes : leur âge et leur sexe, la durée de l'accompagnement et le mode d'entrée dans l'EHPAD notamment. Lorsque cette pré-sélection est établie, l'ESSMS se charge de transmettre cette liste à l'organisme évaluateur. La liste doit compter au moins le double du nombre d'AT qui sera réalisé lors de la visite d'évaluation. Par exemple, si l'organisme évaluateur prévoit de réaliser quatre AT, la liste devra présenter le profil de huit personnes au minimum. Ce nombre est convenu en amont entre l'évaluateur et l'établissement. Enfin, si la personne ne donne pas son consentement le jour de la visite ou si elle n'a plus la capacité de s'exprimer, la méthodologie de l'accompagné traceur ne peut pas se dérouler normalement et l'ESSMS doit proposer une rencontre avec une autre personne.

Le jour de la visite d'évaluation, l'entretien avec les personnes doit durer entre 30 et 45 minutes au maximum. L'intervenant commence par se présenter et expliquer sa mission et les objectifs de l'entretien. Il rappelle également les règles de confidentialité de l'entretien. Après avoir recueilli son consentement, il précise à la personne que l'entretien peut être interrompu à tout moment si la personne le souhaite. L'intervenant doit poser des questions ouvertes à la personne, non orientées,



Figure 1 – Infographie des étapes de la méthode de l'accompagné traceur.
Manuel d'évaluation de la HAS, 2022.

⁵⁰ Nous nous concentrerons sur l'entretien avec les professionnels dans la partie 2.3.

lui permettant d'exprimer son vécu. Cette méthode permet de s'éloigner du questionnaire de satisfaction auquel Barbe reproche les questionnements limités aux prestations et la faible place qui est donnée à l'expérience vécue des personnes. Les questionnaires apportent généralement des données quantitatives et statistiques mais les analyses que l'on peut en faire restent limitées (Barbe, 2020). Aussi, il est difficile pour les personnes de s'exprimer dans ce type de cadre que l'on pourrait qualifier de trop « enfermant ». Les questions y sont le plus souvent fermées et n'appellent pas la personne à s'exprimer sur son vécu et ses ressentis. Dès 2017, Barbe abordait des nouvelles manières d'évaluer avec les personnes accompagnées plus centrées sur l'expérience de la personne et moins sur les prestations en elles-mêmes (Barbe, 2017). Il est alors bienvenu de laisser la personne s'exprimer sur son expérience et sur des éléments qui peuvent paraître « en dehors » de la prestation. C'est par ces informations subjectives que l'évaluateur va pouvoir apprécier notamment « la manière dont les interventions et les accompagnements sont reçus et compris, les effets divers qu'ils génèrent dans la vie des personnes ou de leurs proches, la manière dont leur participation est sollicitée dans l'action institutionnelle » (ibid.).

Ces entretiens avec les AT, en plus d'enrichir la qualité de l'évaluation des établissements permettent d'autres bénéfices pour les personnes accompagnées. Ces dernières apprécient généralement les démarches auxquelles elles peuvent participer : « *les résidents sont extrêmement satisfaits qu'on vienne leur demander leur avis* » explique l'interlocutrice du CAPPS. Ces entretiens permettent d'être au plus proche de l'avis des personnes comme témoigne le qualiticien d'un EHPAD : « *ça permet d'aller rencontrer les résidents, d'être au plus proche d'eux et de discuter simplement avec eux, c'est là qu'on recueille pas mal d'informations quand-même hein* ».

Finalement, la méthodologie de l'accompagné traceur permet d'avoir un regard subjectif sur le vécu des personnes, leur avis. C'est une méthode valorisante pour la personne ainsi que pour apprécier la qualité des accompagnements. Elle dispose cependant de quelques limites.

2.2.2 Les difficultés de mise en œuvre de la méthodologie de l'accompagné traceur : des logiques économiques et des difficultés organisationnelles

En 2020, au moment des premiers travaux sur l'élaboration du référentiel de la HAS, Pierre Savignat préconise d'adapter les méthodes d'évaluation afin que « la préoccupation de placer l'usager au cœur du dispositif évaluatif prenne effectivement chair » (Savignat, 2020). En effet, ce dernier recommande notamment de multiplier les contacts avec les personnes accompagnées, à quelques semaines d'intervalles, afin de les mettre en confiance et d'accorder un temps suffisamment conséquent pour qu'elles puissent s'exprimer. Cependant, les visites d'évaluation se déroulent sur un temps court. En 2023, 75 % des ESSMS ont eu une visite d'évaluation sur deux jours⁵¹. Ce temps

⁵¹ HAS. Rapport : Dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS. Bilan 2023. 2024.

Sarah HUET - Mémoire de l'Université de Rennes - École des Hautes Études en Santé Publique

réduit semble poser quelques difficultés, sur le nombre d'AT réalisés ainsi que le respect du temps et des séquences durant la visite.

Le rapport présentant le bilan annuel de 2023 du dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS⁵² expose les principaux résultats des évaluations de la première année de sa mise en œuvre. Il révèle également des éléments plus généraux relatifs aux évaluations passées. Parmi eux, un point de vigilance a été émis quant au nombre d'AT réalisés dans les établissements. En effet, le référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS de la HAS impose, pour chaque ESSMS, un nombre d'accompagnés traceurs au minimum égal à trois. Ce dernier peut être plus élevé. Cependant, au regard des premières évaluations réalisées avec cette méthode, 80 % d'entre elles s'appuient uniquement sur trois accompagnés traceurs, soit le seuil minimum, indépendamment de la capacité d'accueil de la structure. Ainsi, 67 % des évaluations réalisées dans des structures de plus de 100 places l'ont été seulement avec trois accompagnés traceurs. Dans le cadre des retours d'expérience des EHPAD, le nombre d'accompagnés traceurs interrogés ou qui seront interrogés varie. Le tableau 2 présente les données pour les quatre EHPAD étudiés dans le cadre de ce mémoire.

Identification de l'EHPAD	Nombre de personnes accueillies dans l'EHPAD	Nombre d'accompagnés traceurs
EHPAD 1 (géré par un CCAS)	72	5
EHPAD 2 (géré par un CH)	313 répartis sur 2 bâtiments	5
EHPAD 3 (ESPIC)	80	3
EHPAD 4 (géré par un CCAS)	48	3

Tableau 2 – Nombre d'accompagnés traceurs dans le cadre de l'évaluation par l'organisme évaluateur en comparaison au nombre de personnes accueillies dans quatre EHPAD étudiés.

Dans ces EHPAD, le nombre de cinq AT pour 72 habitants semble adapté alors que celui de cinq pour 313 résidents est bien trop faible. Le qualiticien de l'EHPAD le reconnaît : « *ils envisagent de rencontrer cinq résidents sur l'ensemble des 313 [résidents] donc c'est pas beaucoup, c'est pas beaucoup mais c'est comme ça* » a-t-il confié d'un air impuissant. Cet écart entre le nombre d'AT et le nombre de personnes accompagnées dans les ESSMS ne permet pas de garantir la qualité de l'évaluation. L'expression des personnes devient alors moins importante dans des structures de grandes capacités proportionnellement au nombre de personnes accueillies. Si nous pouvons penser que ce faible nombre d'AT est en partie dû au temps restreint de la visite par les évaluateurs, l'interlocutrice de la HAS a également mentionné l'aspect financier comme frein à la réalisation de plusieurs AT. Effectivement, certains organismes évaluateurs se serviraient du nombre d'AT comme variable d'ajustement des prix : plus le nombre d'AT réalisés est élevé, plus le prix de l'évaluation,

⁵² HAS. Rapport : Dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS. Bilan 2023. 2024.

Sarah HUET - Mémoire de l'Université de Rennes - École des Hautes Études en Santé Publique

à la charge de l'ESSMS, sera élevé. Ces deux facteurs peuvent donc expliquer le nombre réduit d'AT par ESSMS.

Une autre difficulté liée à cette méthodologie concerne les difficultés organisationnelles qu'elle implique. Tout d'abord, les personnes sélectionnées pour participer à l'évaluation, parmi la liste transmise par l'ESSMS, sont connues peu de temps avant l'évaluation. Selon les retours d'expériences des EHPAD, les choix de l'organisme évaluateur ont été transmis au plus tôt, une semaine avant le début de la visite d'évaluation. Cela implique, pour les EHPAD, de s'organiser et de prévenir tardivement les personnes accompagnées et les familles qui participeront. La cadre de santé d'un EHPAD témoigne en ce sens des difficultés logistiques que cela impose : « *une semaine avant je n'avais toujours pas le calendrier définitif, je l'ai eu juste avant et franchement ça a été compliqué [...] pour les familles, les représentants légaux qui ont été interrogés, on n'a pas pu les prévenir tant que ça avant parce qu'on a mis du temps à savoir qui allait être sélectionné* ». La HAS a également eu connaissance de ces difficultés et s'interroge sur le délai entre le choix des AT et le jour de la visite d'évaluation, notamment car cela pose des questions d'organisation pour les familles des AT lorsque leur participation est sollicitée.

Le jour de la visite d'évaluation, une autre difficulté organisationnelle a pu apparaître notamment dans un EHPAD. En effet, afin que la visite se déroule au mieux, la HAS prévoit, dans son manuel d'évaluation, une fiche pratique intitulée « Comment s'organise la visite d'évaluation ? »⁵³. Un planning type y est proposé, permettant à l'organisme évaluateur et à l'ESSMS de se mettre d'accord sur l'ordonnancement des séquences d'évaluation. Ce planning a été établi à la suite de la période d'essai de l'évaluation par la HAS dans vingt ESSMS avant la publication du référentiel. Il découle effectivement de nombreuses questions et sources de stress des ESSMS sur cet ordre des séquences selon l'interlocutrice de la HAS. Par la suite, un planning personnalisé est transmis aux ESSMS un mois avant la visite afin de préparer les personnes accompagnées et les équipes sur le déroulé de cette visite : « *le planning sera calé un mois avant, à la demi-heure près, on saura où sera chacun, quand, comment ?* » explique le qualiticien d'un EHPAD. Ce planning est notamment destiné à rassurer les personnes sur la visite et à garantir leur disponibilité au moment où elles interviennent dans cette visite. Cependant, dans un des EHPAD interrogés, les horaires n'ont pas été respectés et les évaluateurs ont eu du retard dans les entretiens ce qui a induit du stress pour les équipes et quelques tensions, notamment pour les membres d'une famille présente dans l'EHPAD le jour de l'évaluation : « *le gros point noir ça a été que les horaires ont pas du tout été respectés si bien que j'avais les deux familles des deux résidents qui ont attendu je pense plus d'une heure dans la chambre, donc moi je faisais des va-et-vient pour aller m'excuser [...] c'était moyen et j'avais une dame qui commençait à perdre patience à juste titre. Surtout qu'on fait déplacer les familles, qui viennent exprès pour leur*

⁵³ HAS. Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. 2022. P. 166.

rendez-vous, c'est un peu moyen, c'est dommage. » Par conséquent, lorsque les personnes et leur famille participent à l'évaluation il est nécessaire, pour l'organisme évaluateur, de respecter le planning et les horaires initialement prévus.

En ce sens, la méthodologie de l'AT qui inclue le recueil de la parole du résident, et parfois de sa famille, nécessite du temps. Les évaluateurs doivent prévoir le temps nécessaire pour les entretiens, tout en respectant un cadre de visite établi à l'avance. Ils se doivent également de choisir un nombre d'AT suffisant au regard du nombre de personnes accompagnées dans l'établissement afin que l'intérêt de cette méthodologie soit réel.

2.2.3 L'entretien avec le Conseil de la Vie Sociale (CVS) : une formalisation plus importante que l'entretien avec les accompagnés traceurs

S'il est pertinent d'écouter les personnes accompagnées sur leur vécu, les apports qu'elles y voient ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent, il est aussi nécessaire d'interroger les établissements sur l'angle légal du Conseil de la Vie Sociale (CVS).

Selon la HAS, la rencontre avec les membres du CVS doit se faire dans une salle de réunion dédiée et durer une heure. Elle doit permettre d'approfondir l'évaluation et de croiser les différents regards sur le fonctionnement de l'ESSMS. Cette rencontre doit aussi permettre d'évaluer le bon fonctionnement du CVS de manière générale en appréciant deux volets différents : le premier sur l'engagement à l'accompagnement des personnes et la promotion de leur expression et le deuxième sur son rôle dans l'ESSMS et son implication dans la prise de décision ou d'initiative pour faire des propositions d'amélioration du fonctionnement de l'ESSMS⁵⁴.

Dans le manuel d'évaluation de la qualité des ESSMS de la HAS⁵⁴, chacun des 157 critères fait l'objet d'une fiche détaillant notamment la manière dont ils vont être évalués. Parmi ces éléments, on retrouve le type d'entretien privilégié pour un critère donné : l'entretien avec la personne, l'entretien avec les professionnels, l'entretien avec l'ESSMS ou l'entretien avec les membres du CVS. En ce qui concerne l'entretien avec la personne, la grille permettant à l'évaluateur d'organiser son entretien se forme directement via Synaé, le système d'information dédié à l'évaluation (voir 1.3.1). Cette grille permet de recenser l'ensemble des éléments d'évaluation à interroger par l'évaluateur auprès des personnes. Cependant, cette dernière n'inclut pas de questions évaluatives et laisse une marge de manœuvre à l'évaluateur sur ce point. A l'inverse, l'entretien avec les membres du CVS, qui fait aussi l'objet d'une grille d'évaluation dans le système d'information Synaé, inclut des questions évaluatives permettant de guider l'entretien (Annexe 9 – Grille d'évaluation spécifique aux CVS). Les questions évaluatives sont pour la plupart fermées, nécessitant une réponse en « oui » ou « non ». Dans ce cadre, le CVS est interrogé sur sa participation aux décisions collectives comme :

⁵⁴ HAS. Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. 2022.
Sarah HUET - Mémoire de l'Université de Rennes - École des Hautes Études en Santé Publique

la définition des règles de vie collective, la stratégie de bientraitance, la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, les mesures correctives apportées pour donner suite aux plaintes, réclamations et événements indésirables ou encore le plan de gestion de crise et de continuité de l'activité. D'autres questions sont plus ouvertes et interrogent le fonctionnement du CVS en lui-même à propos de la programmation des rencontres, de l'élaboration de l'ordre du jour et de comptes-rendus ainsi que la manière dont les questions et remarques des personnes accompagnées sont recueillies en amont d'une réunion de CVS.

C'est donc durant ces temps que les personnes accompagnées membres d'un CVS, et interrogées dans le cadre de ce mémoire, vont pouvoir exprimer leur avis sur le CVS et ce qu'elles y font. L'une d'elle raconte notamment les faits sur lesquels elle a pu échanger lors d'une réunion de CVS et sur lesquels elle a pris avis auparavant auprès des autres résidents de l'EHPAD comme la qualité des repas ou le manque de personnel d'animation. L'autre personne âgée a pu exprimer le rôle important du CVS pour « *observer ce qu'il se passe à l'intérieur de l'établissement et puis être à l'écoute aussi des habitants [...] certaines personnes se plaignaient de certaines choses, on en a fait part et ça a été remis dans l'ordre et tout, c'est important oui.* » Ainsi, pour ces deux personnes, l'objectif principal du CVS est de faire remonter les idées collectives des personnes accompagnées. Afin d'organiser ces réponses et de diminuer le stress éventuel des personnes accompagnées dans le cadre de l'entretien avec le CVS durant la visite d'évaluation, les EHPAD préparent facilement cet entretien par la réalisation d'auto-évaluation : « *on a fait l'entretien avec le CVS durant cette visite à blanc, on avait fait des points d'étapes aussi, on avait présenté le référentiel* » explique la cadre de santé d'un EHPAD. La directrice d'un autre EHPAD mentionne également ces réunions de préparation avec le CVS « *pour sensibiliser les résidents sur l'évaluation externe* ».

Aussi, dans l'évaluation selon le référentiel de la HAS, les mêmes personnes ne peuvent pas être interrogées sur plusieurs séquences. Ainsi, les accompagnés traceurs interrogés ne pourront pas l'être dans le cadre du CVS et inversement. L'interlocutrice de la HAS le rappelle : « *on dit bien de ne pas interroger les mêmes personnes sur plusieurs séquences* ». Dans un EHPAD, la directrice explique que cela a bien été respecté, permettant d'avoir des regards différents de la part des personnes : « *les trois résidents interrogés dans l'accompagné traceur ne sont pas ceux qui participent au CVS comme ça ils ont pu avoir six regards différents.* »

Ainsi, l'expression des personnes dans le cadre du CVS, différentes des accompagnés traceurs, permet d'avoir un autre regard sur les EHPAD et d'interroger le fonctionnement du CVS.

Finalement, l'entretien dans le cadre de la méthodologie de l'accompagné traceur ainsi que celui dans le cadre du CVS entrent dans la notion de bouclage entre l'évaluation et la participation. Les personnes participent à l'évaluation, elles apportent leur expertise, et les entretiens permettent d'évaluer leur intégration au sein de l'EHPAD et leur mode de participation.

2.3 Le travail avec les personnes accompagnées engage également une implication des professionnels de l'EHPAD

« Une démarche d'amélioration continue de la qualité fiable et durable exige la participation réelle des professionnels »⁵⁵. La méthode de l'accompagné traceur est une méthode incluant également la participation des professionnels permettant de croiser les regards entre celui de la personne et ceux des professionnels. Il est alors nécessaire pour les professionnels de se préparer à cette méthode et parfois de revoir leurs pratiques.

2.3.1 Le travail d'acculturation des professionnels à l'évaluation avec les personnes accompagnées

Longtemps considérée comme un usager, un bénéficiaire, voire un patient comme dans le secteur sanitaire, la personne accompagnée n'avait alors pas la possibilité de s'exprimer pour évaluer la qualité de l'EHPAD. Les professionnels soignants et paramédicaux ne sont donc pas toujours habitués à inclure les personnes lors de l'évaluation. Chacun des EHPAD interrogés a donc travaillé avec les professionnels, en amont de l'évaluation sur cette thématique.

Tout d'abord, les professionnels se réunissent le plus souvent en groupe pour comprendre les attendus du nouveau référentiel. Par exemple dans l'EHPAD dont le gestionnaire est un CH, ce sont quatre temps de préparation avec des professionnels volontaires qui ont été nécessaires. L'objectif était d'avoir un groupe représentatif de professionnels avec des médecins coordonnateurs, des cadres de santé, des infirmiers, des aides-soignants, des agents de service hospitalier et des aides médico-psychologiques. Dans tous les EHPAD, les personnes accompagnées n'ont pas été intégrées à ces premiers groupes de travail mais dans un second temps, soit dans le cadre du CVS, soit dans le cadre de la préparation à la méthodologie de l'accompagné traceur. Les premiers temps en groupe de professionnels semblent effectivement utiles afin de les acculturer aux méthodes d'évaluation incluant les personnes. En effet, certains professionnels peuvent parfois être réticents à cette idée, se positionnant comme sachants, ayant suivi des études pour accompagner les personnes. Les professionnels peuvent alors considérer connaître suffisamment les attentes et les besoins des personnes en fonction des savoirs acquis durant leur formation et par leurs expériences : « le plus souvent, les réponses aux usagers sont construites à partir de l'estimation de leurs besoins par les professionnels, ce qui représente l'inconvénient majeur de présupposer, à la place de l'usager, la nature de ses besoins prioritaires » (Donnet-Descartes & Dujardin, 2012b). L'articulation des savoirs de la personne accompagnée avec ceux des professionnels est alors perçue comme impossible selon

⁵⁵ Note d'information DGAS/5B n°2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux

ces derniers. Or pour pouvoir s'engager dans la démarche d'évaluation avec la participation des personnes, les professionnels doivent, a priori, pouvoir reconnaître que leur point de vue « a une pertinence propre et que leurs savoirs d'expérience sont utiles à la réflexion sur la qualité » (ibid.). La directrice d'un EHPAD géré par un CCAS explique que lorsqu'on travaille dans l'accompagnement des personnes, le facteur le plus limitant dans leur participation est le regard du professionnel. Il est alors nécessaire de ne pas considérer les personnes du point de vue de leur vulnérabilité mais plutôt d'identifier leurs capacités, ce qu'ils peuvent faire et non de ce qu'ils ne peuvent plus faire. Elle parle de « potentialité » comme regard à apporter en tant que professionnel. Une autre limite à la participation des personnes, selon les professionnels, est la crainte de la remise en cause de leurs compétences (ibid.). Les professionnels pourraient percevoir la participation des personnes accompagnées comme un contrôle à leur insu. Pour Heijboer, « la demande de reconnaissance des compétences [...] des usagers est souvent présentée comme concurrentielle avec la reconnaissance de leurs propres savoirs professionnels et de leurs compétences socio-éducatives et cliniques » (Heijboer, 2019). Ainsi, le travail de préparation des professionnels à l'évaluation doit permettre de s'affranchir de ces idées. Lors de l'autoévaluation par exemple, le qualiticien de l'EHPAD géré par un CH explique qu'un travail de prudence de sa part est parfois nécessaire lorsqu'il écrit la synthèse d'un entretien avec un accompagné traceur par « *crainte des représailles* » auprès des personnes. Il souhaite que les professionnels ne se sentent pas « *blessés* », et par extension, qu'ils ne perçoivent pas cet entretien avec la personne comme un contrôle des pratiques.

D'après l'interlocutrice du CAPPs, dont l'organisme a été précurseur dans les méthodologies croisant le regard entre les personnes accompagnées et les professionnels, l'acculturation à cette méthode peut être longue et les établissements le font remarquer. Les principales difficultés ne se trouvent pas, comme nous pourrions peut-être le penser, dans les entretiens avec les personnes accompagnées mais dans les entretiens avec les professionnels, qui doivent être capables de partir « *d'un recueil d'expériences de résident* » et à partir de ce dernier, s'interroger sur les pratiques et les organisations au sein de l'établissement. Le point de vue de la personne est alors placé en première position et les professionnels doivent être capables de travailler autour.

Ainsi, le travail avec les professionnels nécessite de prendre le temps nécessaire à leur appropriation des nouvelles méthodes incluant la participation des personnes. Ces méthodes ne sont pas destinées à rendre compte du travail des professionnels à leur insu mais bien à améliorer leurs pratiques.

2.3.2 Les apports de l'analyse croisée entre les entretiens avec les personnes accompagnées et ceux avec le personnel

Malgré quelques réticences, l'analyse croisée entre les entretiens avec les personnes et les entretiens avec les professionnels permet deux apports principaux, initialement perçus comme des

freins : des apports dans l'analyse des pratiques professionnelles et des apports dans la reconnaissance du travail des professionnels.

Le manuel d'évaluation de la HAS donne quelques indications concernant l'entretien avec les professionnels dans le cadre de la méthodologie de l'accompagné traceur. Ce dernier doit avoir une durée comprise entre une heure et demie et deux heures, dans un lieu permettant les échanges et avec un accès facilité au dossier de la personne sans gêner l'activité des autres professionnels de l'ESSMS. Cet entretien se fait à la suite de celui avec la personne accompagnée afin d'interroger les professionnels sur l'accompagnement de la personne tout au long de son parcours. Dans le cadre de l'entretien, l'évaluateur rappelle les objectifs de la méthode et le temps dédié ainsi que le cadre de référence qui sera celui de l'accompagnement de la personne précédemment rencontrée. Il pose alors toutes les questions utiles et invite les professionnels à présenter les éléments de traçabilité pertinents dans le dossier de la personne accompagnée⁵⁶. Le qualiticien d'un EHPAD témoigne en ce sens sur la suite de l'entretien avec la personne accompagnée : « *dans la foulée l'évaluateur rencontrera une partie de l'équipe, [il] posera plus ou moins les mêmes questions qu'au résident. Et aussi on leur présentera les éléments de preuve.* » En effet lors de l'entretien avec l'interlocutrice de la HAS, elle précise : « *la personne qui est interrogée, elle n'a pas d'éléments de preuve à donner, c'est après la partie entretien avec les professionnels où [ils] vont pouvoir donner des éléments de preuve* ». Ce travail d'entretien avec les professionnels et d'analyse croisée avec l'entretien de la personne permet une reconnaissance des professionnels et évite, finalement, de percevoir l'évaluation comme un contrôle. Effectivement, on insiste moins qu'auparavant sur les éléments de preuve et ce sont principalement les paroles des personnes qui sont prises en compte. Les équipes sont alors moins « dans une posture infantilisante » où l'on cherche à vérifier « qu'elles font bien ce qu'on leur dit » (Barbe, 2017). Là où dans les évaluations, sans analyse croisée avec les entretiens avec les personnes, la parole des professionnels n'est utile que pour remplir les cases de l'évaluation, l'analyse croisée permet, au contraire, de mettre en avant également les dires des équipes, de débattre avec elles en prenant en compte le point de vue des personnes accompagnées (ibid.). Ainsi, dans son texte, Barbe parlait déjà de regards croisés et du fait de rendre la parole de la personne et celle du professionnel porteuses de sens dans l'amélioration des pratiques. Il disait alors « cela suppose de réfléchir aux conditions à créer pour que cela apparaisse à l'ensemble des parties prenantes comme sécurisé et surtout utile ». Le référentiel d'évaluation, par la méthode de l'accompagné traceur semble donc avoir créé ces conditions. Le CAPPS, dans son accompagnement des EHPAD avec la méthode de l'accompagné traceur dès 2018 explique qu'avant cette méthodologie, « *certains professionnels se sentaient un peu [...] agressés par les questions des évaluateurs et disaient « mais on a l'impression d'être devant un tribunal »* ». L'objectif d'allier les deux entretiens est de « *valoriser ce qu'elle fait*

⁵⁶ HAS. Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. 2022. P. 183-184.

[l'équipe] et puis d'identifier, au regard du discours du résident et de son dossier les écarts de pratique ». Cela permet « *de recentrer l'entretien avec l'équipe comme étant un entretien valorisant et non pas une inspection* ».

Dans un EHPAD, la directrice explique que les professionnels ont très bien perçu la participation des personnes : « *on a trouvé pertinent de commencer l'évaluation par les entretiens auprès des résidents. C'est le cœur de notre métier aujourd'hui [...] c'est les mieux placés* ». Cela permet ainsi de donner du sens à la démarche d'évaluation, puisqu'on évalue avant tout l'accompagnement proposé aux personnes. Néanmoins, une limite peut apparaître à l'articulation des entretiens entre les personnes et les équipes. Effectivement, les professionnels interrogés dans le cadre d'un accompagné traceur doivent être ceux qui accompagnent la personne au quotidien, qui sont présents le plus souvent avec elle, afin de pouvoir témoigner de l'accompagnement proposé. Or, le secteur médico-social, et plus particulièrement les EHPAD, connaissent un turnover important des professionnels. Le turnover est le taux de renouvellement des structures. D'après l'enquête EHPA de 2015, 44 % des EHPAD rencontrent des difficultés de recrutement du personnel (Balavoine, 2022). Aussi 10 % des EHPAD en 2015 avaient un poste de médecin coordonnateur non pourvu pendant au moins six mois et 9,2 % avaient au moins un poste d'aide-soignant non pourvu pendant au moins six mois ce qui représente 21,5 % des EHPAD qui déclarent rencontrer des difficultés de recrutement (Bazin & Muller, 2018). Ce turnover important et l'absence de personnel sur le temps long peuvent entraîner des difficultés dans l'accompagnement des personnes. Lors de l'évaluation des structures, l'application de la méthodologie de l'accompagné traceur est alors plus difficile : « *si on n'a pas durant les entretiens une personne qui est là depuis suffisamment longtemps ou qui connaît le résident depuis son accueil bah il y a une partie qui va manquer* » déclare l'interlocutrice du CAPPS. Ainsi, le croisement des regards dans la méthodologie de l'accompagné traceur permet l'amélioration des pratiques par la mise en valeur du travail des équipes au plus près de la personne. Cela fonctionne cependant à la condition d'avoir un personnel présent depuis suffisamment longtemps dans l'EHPAD.

La participation des personnes accompagnées à l'évaluation des pratiques nécessite un travail d'acculturation des professionnels parfois réticents puisqu'estimant détenir des savoirs plus pertinents que celles-ci. L'évaluation permet également le plus souvent d'effectuer un travail plus général auprès des équipes sur la relation entre professionnel et personnes accompagnées. L'analyse croisée entre le discours des personnes et celui des professionnels permet de conforter les équipes dans leur rôle d'accompagnement et de donner du sens à l'évaluation qui est alors moins perçue comme un contrôle.

De l'auto-évaluation à l'évaluation, la participation des personnes est donc mise en avant dans ce référentiel grâce à des méthodes d'évaluation particulière : l'entretien avec le CVS qui

Sarah HUET - Mémoire de l'Université de Rennes - École des Hautes Études en Santé Publique

pouvait déjà exister selon l'ancien dispositif d'évaluation et la méthode de l'accompagné traceur, nouvelle quant à elle. Cette dernière inclut, entre autres, un entretien avec une personne accompagnée. La construction du référentiel permet donc d'avoir des méthodes uniformisées pour l'ensemble des évaluateurs chargés de l'évaluation des ESSMS. Il permet également de fournir aux ESSMS un guide afin de réaliser l'auto-évaluation de leurs pratiques, le plus souvent en amont de la visite d'évaluation mais également de manière continue s'ils le souhaitent. La méthodologie de l'accompagné traceur présente de réels apports, appréciés par les EHPAD puisqu'elle permet d'étudier les pratiques et de comprendre les points de vue de différents interlocuteurs afin de les améliorer au besoin. Le point de vue de la personne est valorisé avant tout puisque c'est à partir de ce dernier que les professionnels vont échanger par la suite dans un entretien avec l'évaluateur. Néanmoins, le référentiel d'évaluation de la HAS, dans sa forme et son contenu, entraîne quelques difficultés ne permettant pas une participation entière de l'ensemble des personnes en EHPAD. C'est ce que nous allons étudier dans une troisième partie avant d'identifier les apports généraux de la participation grâce à ce référentiel de la HAS.

Partie 3 : Le référentiel HAS à l'épreuve en EHPAD : dualité entre les particularités du référentiel et celles de l'accompagnement des personnes âgées

Le référentiel d'évaluation créé par la HAS est destiné à évaluer l'ensemble des ESSMS y compris les EHPAD. Il a été élaboré pour correspondre à un maximum de critères que les ESSMS doivent remplir, pour évaluer et rendre compte de l'accompagnement personnalisé des personnes. Dans les EHPAD, ce référentiel fait face à certaines difficultés en ce qui concerne la participation des personnes âgées. Nous étudierons tout d'abord les spécificités des personnes âgées qui sont à prendre en compte lorsqu'elles participent à l'évaluation des pratiques. Ensuite, nous analyserons les difficultés liées plus particulièrement au référentiel d'évaluation, dans son format et ses méthodes. Enfin, nous comprendrons les apports généraux de la participation des personnes dans l'évaluation des pratiques.

3.1 La population âgée : un public spécifique, avec des particularités nécessaires à prendre en compte

Bien que le référentiel vise à encourager la participation des personnes, cela n'est pas toujours aisés dans la réalité. Les personnes âgées, en raison de leur âge et de leurs pathologies, peuvent être dans l'incapacité de s'exprimer. L'entrée en EHPAD peut également être un facteur limitant leur participation. Ce sont autant d'éléments à prendre en compte lorsqu'on souhaite faire participer les personnes âgées à l'évaluation des pratiques. C'est ce que nous allons étudier dans les pages suivantes ainsi que la manière dont les ESSMS tentent de pallier ces difficultés.

3.1.1 L'état de santé des personnes âgées entraîne une première sélection des personnes participant à l'évaluation par les EHPAD

Généralement, les personnes qui entrent en EHPAD ne peuvent plus rester à leur domicile, principalement pour des causes de santé, dues au vieillissement ou à leurs pathologies. L'ensemble de ces signes ne rend pas toujours facile leur participation.

Les déficiences cognitives concernaient, en 2017, 57 % des résidents en EHPAD selon l'enquête nationale des dispositifs de la Fondation Médéric Alzheimer (Fondation Médéric Alzheimer, 2018). Les troubles cognitifs sont des altérations d'une ou plusieurs fonctions cognitives comme la mémoire, le langage, la praxie ou la gnosie⁵⁷. Ces altérations fragilisent les personnes âgées

⁵⁷ HAS. Parcours des soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Mai 2018.

(Fasshauer & Ferreira de Moura, 2023). Dans l'échantillon des quatre EHPAD étudiés dans ce mémoire, l'ensemble d'entre eux ont abordé ces troubles et la situation de dépendance qu'ils peuvent générer comme un frein à la participation à l'évaluation de la qualité des structures. En effet, dans le processus d'évaluation selon la HAS, les EHPAD doivent présenter une liste de personnes qu'il est possible d'interroger pour l'organisme évaluateur. En ce sens, il est plus confortable pour les EHPAD de choisir les personnes les moins dépendantes, sans trop de difficultés de langage, afin qu'elles communiquent de manière claire et audible le jour de l'évaluation : « déjà *on a dû choisir des résidents en mesure de s'exprimer ou alors avec une famille assez présente qui était capable de s'exprimer pour le résident* », explique la directrice d'un EHPAD. Les troubles de la mémoire peuvent aussi être un frein à la participation lorsque les personnes sont dans l'incapacité de retracer leur parcours et leur accompagnement à l'évaluateur. La cadre de santé d'un EHPAD met en évidence cette difficulté : « *pour nos résidents avec des troubles cognitifs, on a eu beau les préparer, leur parler, évidemment le jour de la visite ils ne se rappelaient plus qu'on leur avait expliqué tout ça* ». L'une des personnes accompagnées interrogée relate également ces difficultés de participation pouvant être liées à la mémoire, elle nous dit : « *les personnes sont de moins en moins valides, au niveau de la mémoire aussi, c'est dommage, c'est dommage* ». Les difficultés physiques semblent être moins limitantes, dans une certaine mesure, pour la participation. En effet, les deux personnes accompagnées interrogées présentaient des handicaps physiques comme une perte de l'équilibre, une faible acuité visuelle ou encore quelques difficultés à la marche. Ces deux personnes font partie du CVS de leurs EHPAD ce qui témoigne que ces difficultés ne sont pas limitantes pour accéder au niveau de participation collective à la vie de leurs EHPAD. Nous pourrions cependant penser qu'il serait plus difficile pour les EHPAD d'organiser la participation d'une personne en situation de dépendance plus forte à cette vie collective ou à l'évaluation pour des raisons de temps et de moyens humains. Par exemple, la participation d'une personne alitée à des réunions peut être rendue difficile puisqu'elle doit être accompagnée par un professionnel paramédical dans ses déplacements. Elle est donc moins autonome et un EHPAD qui manquerait de moyens ne choisirait pas instinctivement cette personne pour participer. Il est entendu que des solutions peuvent être trouvées, comme la participation de la personne dans son lieu de vie principal, sa chambre le plus souvent, mais la charge de travail des professionnels dans les EHPAD ne leur permet pas toujours de prendre le temps de réfléchir aux solutions possibles.

Malgré ces difficultés, certains EHPAD tentent de ne pas choisir ce qui pourrait être considéré comme « la facilité », en intégrant, dans la liste des personnes potentielles pour participer à l'évaluation des personnes plus dépendantes : « *on a choisi un cas qui est très complexe pour nous, ce n'est vraiment pas le dossier le plus facile à exposer parce qu'il y avait énormément de difficultés, donc si vous voulez on n'a pas choisi la facilité* », témoigne une cadre de santé. Elle explique que les exclusions les plus importantes qui ont été opérées sont principalement au niveau des familles : « *là où on a peut-être filtré le choix des résidents c'est sur les familles, les familles trop compliquées on*

n'est pas allé les solliciter pour cette chose là en plus ». Nous pouvons entendre, par « *familles trop compliquées* », à la fois les familles qui sont en conflit avec l'EHPAD, son personnel ou la gouvernance ainsi que celles qui ne sont pas présentes pour leur proche.

La limite que présente cette pré-sélection est donc la non-représentativité de l'ensemble des profils et des accompagnements qui peuvent être proposés dans l'EHPAD. Bien que les familles puissent aussi participer à l'évaluation, elles ne sont pas toujours disponibles et enclines à participer. L'interlocutrice du CAPPS explique cette limite selon les mots suivants : « *les limites de cette méthode, à mon sens, ce sont chez les résidents qui présentent de gros troubles cognitifs ou qui sont seuls et qui n'ont pas d'accompagnement des proches* ». Ainsi, le qualiticien de l'EHPAD géré par un CH explique que l'évaluation, et par extension l'auto-évaluation qu'il a réalisé, « *repose[nt] sur quelques individus* », et ce principalement dans les EHPAD hospitaliers où, selon son expérience, les niveaux de dépendance sont plus élevés.

Au-delà des troubles cognitifs et autres problématiques de santé, les personnes arrivent de plus en plus tardivement en EHPAD. Effectivement, d'après l'enquête EHPA citée précédemment, en 2019 les entrants en établissements pour personnes âgées sont en moyenne de trois mois plus âgés (85 ans et 5 mois) que ceux arrivés durant l'année 2015. Entre 2011 et 2015, cette moyenne a augmenté de neuf mois (Balavoine, 2022). Ces arrivées tardives, avec des niveaux de dépendance élevés, peuvent entraîner des décès plus précoce qu'auparavant. En effet, l'ensemble des professionnels interrogés remarquent que les décès des personnes surviennent de plus en plus tôt après leur arrivée en EHPAD. Cela entraîne des difficultés d'organisation de la participation des personnes accompagnées pour les EHPAD. Effectivement, que ce soit pour la participation au CVS ou à la visite d'évaluation, il est nécessaire d'anticiper ces événements. Néanmoins, il arrive régulièrement qu'une personne décède entre le moment de la préparation à l'évaluation et le jour-J. Par exemple, dans un EHPAD, à la suite de la constitution du CVS, un des représentants des personnes est décédé et il a été nécessaire de voter une nouvelle fois afin d'élire un nouveau représentant. Selon la directrice de cet EHPAD géré par un CCAS, le CVS est une instance formalisée mais qui n'est pas toujours pertinente dans la manière dont elle est formalisée dans la loi, par le principe d'élection notamment. Le qualiticien d'un EHPAD témoigne également en ce sens lorsqu'il dit qu'une grande partie des membres du CVS présents lors des premières réunions de préparation à l'évaluation, un an et demi plus tôt, « *ne sont plus avec nous aujourd'hui* ». Enfin, dans un EHPAD interrogé, je n'ai pas pu rencontrer l'une des personnes ayant participé à l'évaluation puisque l'une d'entre elles était décédée et une autre n'était plus capable de s'exprimer. Ainsi, l'état de santé des personnes âgées en EHPAD varie rapidement, ne rendant pas aisée l'organisation de leur participation dans le cadre de l'évaluation. C'est également pour ces raisons que l'EHPAD se doit de transmettre une liste de potentiels AT plus conséquente que le nombre d'AT qui sera finalement réalisé le jour de l'évaluation, permettant d'anticiper les complications éventuelles ou les décès. Cette liste évolue jusqu'au jour même de l'évaluation. Le responsable qualité d'un EHPAD témoigne en ce sens : « *si toutefois il y a eu des disparitions entre*

temps, ils vont nous demander de compléter la liste et puis le matin même de la visite aussi parce que malheureusement un résident qui était apte la veille au soir et leur arrivée le lendemain, il peut y avoir des complications [...] Jusqu'au dernier moment il y aura une adaptation de la liste. »

L'état de santé des personnes et les variations possibles de celui-ci ne permettent pas une participation de l'ensemble des personnes accompagnées en EHPAD à l'évaluation de la qualité des pratiques. Cela entraîne alors un premier niveau de sélection des personnes, par l'EHPAD lui-même.

3.1.2 L'entrée en institution impacte les personnes âgées sur les représentations qu'elles se font de leur position sociale

« L'état de santé est très diminué donc la vie sociale est compliquée » sont les mots du qualiticien interrogé. Les capacités d'intégration à une forme de vie sociale peuvent être impactées par l'état de santé comme étudié précédemment. Cependant, la vie sociale des personnes en EHPAD peut aussi être impactée par le regard que la société pose sur l'entrée en EHPAD.

Si l'EHPAD est en capacité, notamment dans le cadre de la méthodologie de l'AT, de définir qui participera à l'évaluation de la qualité des pratiques, c'est avant tout la personne accompagnée qui choisit de participer ou non. Nous l'avons vu, son consentement doit toujours être recueilli. Pour les deux personnes rencontrées dans le cadre de ce mémoire, il est essentiel de participer à la vie collective de l'EHPAD. L'une d'entre elles fait référence à son rôle de citoyenne, au fait qu'elle soit encore en vie et qu'elle ait sa place pour prendre des décisions. A propos de sa participation dans l'EHPAD elle dit : *« ça nous conforte, on ne se sent plus comme des numéros, on est encore vivants, on nous demande notre avis, on est des vivants »*. En outre, ce rôle particulier au sein du CVS, lui permettant de se sentir vivante, lui donne également la possibilité de *« rendre service »* aux autres personnes accompagnées, ce qu'elle apprécie.

Cependant, toutes les personnes accueillies n'ont pas cette même perception à propos de leur position sociale dans l'EHPAD. Tout d'abord, certaines personnes, du fait de leur âge et de leurs pathologies vont ressentir une diminution de leurs capacités, les plaçant dans une situation de vulnérabilité qui n'est pas toujours simple de dépasser : *« la personne âgée, alors bah d'abord elle est âgée, elle va se sentir diminuée, rares sont celles qui vont prendre l'étendard et qui vont dire « dis donc j'ai encore ma place » »* explique la directrice d'un EHPAD. Une personne peut également ne pas vouloir être vue en situation de vulnérabilité physique et ne pas souhaiter participer. Dans ce cas, c'est le sentiment d'être diminué dans le regard des autres qui ne les incite pas à participer (Heijboer, 2019). Par ailleurs, l'entrée en EHPAD constitue, aux yeux des familles, des personnes âgées elles-mêmes, et plus largement de la société, une étape soulignant la dépendance de l'individu et son incapacité à rester à son domicile. La directrice du même EHPAD utilise ces mots : *« de toute façon ils sont dans une [situation de] vulnérabilité, [...] les enfants leur ont dit qu'ils sont vulnérables, et qu'on les place [en EHPAD] parce qu'ils sont vulnérables »*. Aussi, l'espace de vie de la personne initialement

constitué de son domicile et de la ville dans laquelle elle réside, devient plus restreint, se limitant le plus souvent à l'EHPAD et à l'environnement très proche de l'EHPAD. Les interactions sociales sont alors réduites aux personnes présentes dans l'EHPAD et à la famille lorsqu'elle est présente. L'arrivée en EHPAD accentue donc la vulnérabilité du nouvel entrant qui doit « renoncer à la position sociale qu'il tenait jusqu'alors, celle qu'il s'est construit tout au long de sa vie, en tant que voisin, que participant à la vie d'un quartier, voire à sa position même au sein de la famille car c'est désormais l'enfant qui prend en charge le parent » (Fasshauer & Ferreira de Moura, 2023). Certaines personnes ne vont alors pas souhaiter participer à la vie de l'EHPAD par peur de ne pas en être capable comme en témoigne le responsable qualité d'un EHPAD : « *on a du mal à faire vivre notre CVS, [...] ça les inquiète pour certains « qu'est-ce que je vais devoir faire, je suis pas capable, ... » donc c'est assez compliqué parfois de constituer un CVS* ». Par extension, elles ne participeront pas, non plus, à l'évaluation. Enfin, certaines personnes peuvent également avoir un mauvais a priori des EHPAD, les rendant réfractaires aux interactions et modes de participation. L'une des habitantes d'un EHPAD explique son ressenti avant son arrivée en EHPAD : « *on ne sait pas ce qui nous attend. On avait une mauvaise image des maisons de retraite oui* ».

Ainsi, l'entrée en institution constitue, autant pour la personne elle-même que pour la société, un moment de rupture dans la vie d'une personne, mettant le plus souvent en avant sa dépendance. La personne peut alors, ne trouvant plus sa position sociale, avoir tendance à se mettre en retrait et participer plus difficilement à la vie de l'EHPAD et, par extension, à l'évaluation des pratiques.

3.1.3 Les marges de manœuvre aux mains des EHPAD pour installer un cadre favorable à la participation

« Une question complexe tient dans la nécessité de permettre, ou favoriser une parole suffisamment libre, y compris quand elle est critique » (Barbe, 2017). Nous l'avons vu précédemment, il est important, pour les professionnels, de s'affranchir de leurs prénotions. Une information claire est également un élément facilitant. D'autres éléments pouvant être mis en place par les EHPAD permettent également un cadre favorable à la participation des personnes.

Tout d'abord, les personnes accompagnées s'inscrivent dans un nouveau cadre de vie qui n'est pas celui qu'elles ont connu jusqu'à présent. Ainsi, si les personnes se sentent comme chez elles, il y a plus de chances pour qu'elles participent à la vie collective de l'EHPAD. Le bien-être de la personne dans son lieu de vie est donc primordial et c'est essentiellement sur cette thématique que la directrice du premier EHPAD interrogé a orienté l'entretien. En effet, pour elle, placer la personne au centre va au-delà de la placer au cœur de l'accompagnement qui lui est proposé puisque c'est l'ensemble du bâtiment qui est réfléchi pour répondre aux attentes et aux besoins des personnes. Ainsi, l'EHPAD est structuré de telle sorte qu'il soit un petit village. On y retrouve une poste, une mairie, un restaurant et un magasin. Les couloirs sont peints de manière que chaque chambre de l'EHPAD représente une

maison ou un appartement pour la personne. Chaque maison est dotée d'une boîte aux lettres, afin que le facteur, un habitant de l'EHPAD, puisse distribuer le courrier aux habitants de ce village. Pour aller au restaurant, il faut réserver, et les personnes peuvent y inviter leurs proches. Le magasin est ouvert à certains horaires et permet aux personnes de conserver leur autonomie dans la gestion de petites courses mais aussi leur gestion financière. De surcroît, le mobilier de l'établissement a été sélectionné avec soin pour correspondre au mobilier habituel des personnes. Les chaises du restaurant ont ainsi été trouvées dans un vrai restaurant, tout comme le bar du bistrot de la structure. Ainsi, les habitants sont de vrais citoyens, résidents dans un village. Cela permet de limiter la fracture que nous avons pu décrire précédemment et ainsi, de favoriser la participation des personnes à la vie collective. On retrouve également la notion « d'habitants », privilégiées par cette structure lorsqu'on parle des personnes accompagnée, dans les propos de Roland Janvier : « l'usager est d'abord un habitant, c'est-à-dire un citoyen, inscrit dans un lieu et des réseaux sociaux, capable de prendre sa place dans un projet collectif » (Janvier, 2019). C'est donc par le soin donné à l'atmosphère globale de l'établissement que les personnes vont pouvoir être plus enclines à participer.

En outre, ce sont également les professionnels qui créent les conditions favorables à la participation dans la manière dont ils respectent les attentes des personnes. Par exemple, dans ce même EHPAD, un travail d'organisation a été réalisé pour respecter le souhait de chaque habitant sur l'horaire du levé et par conséquent l'horaire du petit déjeuner. Ainsi, le respect du rythme de chaque personne permet à la personne de gagner en autonomie et de diminuer la fracture entre le domicile et l'institution. Si ces pratiques vont au-delà des attendus de la HAS, elles participent tout de même à une volonté plus forte des personnes de participer à la vie sociale de l'EHPAD. Elles adhéreront donc plus facilement lorsqu'elles seront invitées à participer à l'évaluation des pratiques.

De plus, nous l'avons vu précédemment, pour la directrice de ce même EHPAD, la participation à l'évaluation se fait à tout moment, sans avoir la nécessité d'une instance particulière comme un CVS (voir 2.1.3). La liberté d'expression des personnes est alors fortement mise en avant comme en témoigne la personne accompagnée de cet EHPAD qui explique comment les pratiques sont évaluées selon elle dans l'EHPAD : « *en parlant, on est vraiment très libre bien sûr, dans les couloirs* » par exemple. D'autres EHPAD mettent l'accent sur la liberté d'expression des personnes, de manière plus formalisée, permettant également d'instaurer un cadre favorable à la participation. L'interlocutrice du CAPPS explique qu'elle a pu remarquer, dans plusieurs EHPAD, « *d'autres instances moins officielles [...] qui ne sont pas des CVS mais qui sont finalement des instances organisées [et qui] réunissent les personnes âgées [...] où [elles] qui choisissent les thèmes elles-mêmes* ». Dans deux EHPAD, ces espaces d'expression ont été mis en place et s'intitulent le « Café Papote ». Ils ont lieu à des fréquences différentes, hebdomadaires ou trimestrielles. Ce sont les personnes qui choisissent les thèmes le plus souvent, bien que certains peuvent aussi être proposés par le personnel ou la gouvernance. Par exemple, dans un EHPAD, ces temps ont été l'occasion pour la directrice d'échanger sur l'organisation de l'évaluation et de lire les documents de la loi du 2

janvier 2002 avec les personnes. Un EHPAD fait également participer les personnes accompagnées à la « commission menu » trois à quatre fois par an où les sujets de l'alimentation dans l'EHPAD sont abordés. Ces différents modes de participation permettent aussi d'installer un cadre de vie favorable à la participation des personnes.

L'adaptation de la posture professionnelle est également importante. S'il est expressément nommé par la HAS que les évaluateurs doivent adapter leur posture aux personnes qu'ils interrogent et qu'ils doivent intervenir dans les EHPAD avec bienveillance, il est aussi nécessaire pour les professionnels en EHPAD de respecter ces bonnes pratiques, dans le cadre de l'auto-évaluation principalement, afin que les personnes s'adaptent aux méthodes d'évaluation. En effet, la plupart du temps, les personnes privilégiées pour participer à l'auto-évaluation sont celles dont l'identité sera proposée à l'organisme évaluateur pour qu'il réalise l'évaluation. C'est notamment ce que souhaite le qualiticien d'un EHPAD dont l'évaluation ne s'était pas encore déroulée au moment de l'entretien. Ainsi, lors des entretiens avec la personne accompagnée, le professionnel se doit d'adapter sa posture à son interlocuteur et notamment à ses problématiques de santé : « *Il faut des personnes qui soient capables de s'adapter au résident, si la personne n'entend pas, être capable de s'approcher, de répéter si besoin, avec un support écrit si besoin, être capable de se mettre à la hauteur des personnes* » explique la cadre de santé d'un EHPAD. Il est aussi nécessaire d'accorder un temps de parole suffisant afin que la personne s'exprime. C'est la cadre de santé de ce même EHPAD qui nous l'explique : « *et je dirais aussi ne pas être pressé hein. Parce que les résidents, une fois qu'ils ont quelqu'un en face, forcément ils discutent [...] il faut peut-être prévoir un peu large pour laisser un peu de temps.* »

Finalement, l'installation d'un cadre favorable à la participation peut se faire de manière formalisée, avec des instances de participation différentes du CVS, l'objectif de faire participer les personnes est alors expressément nommé. De manière moins formalisée, l'instauration d'un cadre de vie global dans lequel la personne se sent chez elle est aussi un moyen de favoriser la participation des personnes.

Les personnes âgées sont donc dans une situation de vulnérabilité lorsque leur lieu de vie devient l'EHPAD, principalement par leurs problématiques de santé, certaines liées au vieillissement et d'autres plus pathologiques. Elles sont également impactées socialement car leur place dans le collectif évolue, celui-ci étant plus restreint qu'auparavant. Les possibilités et volontés de participation sont réduites pour ces personnes dans un cadre où les professionnels n'ont pas toujours la possibilité de prendre le temps nécessaire pour évaluer les pratiques avec les personnes accompagnées. Pour autant, l'installation d'un cadre global favorable à la participation, par des méthodes de participation précises comme des espaces de discussion ou par la mise en place d'espaces de vie correspondant aux habitudes des personnes permet de les rendre plus enclines à participer à la vie de l'EHPAD et donc, par extension, à l'évaluation des pratiques.

3.2 La participation limitée des personnes accompagnées liée au format et aux méthodes du référentiel

Le format et les méthodes choisies dans le cadre du référentiel d'évaluation de la HAS peuvent, dans une certaine mesure, paraître inadaptés à une participation facilitée des personnes accompagnées. Le référentiel d'évaluation est en effet « standardisé » et « sanitarisé ». Il présente également un système de cotation parfois difficile à mettre en pratique par les EHPAD lors de l'auto-évaluation face à la subjectivité des personnes et des points de vue.

3.2.1 06/09/2024 14:31:00 La standardisation du référentiel face à l'individualité de l'accompagnement

Selon Laurent Barbe, en 2017, il existe une hétérogénéité des situations d'accompagnement dans les ESSMS rendant « impossible de faire des propositions méthodologiques standards », il cite notamment comme particularités : les capacités d'expression des usagers, la présence ou non d'un proche, la nature du lien noué avec la structure ou encore la temporalité de l'accompagnement (Barbe, 2017). Pour autant, c'est ce que le référentiel d'évaluation de la HAS propose.

La standardisation, en évaluation, est le procédé par lequel on tente d'uniformiser les méthodes et les critères d'évaluation à l'ensemble des sujets évalués. Roland Janvier explique dans ses textes que l'on aurait tendance à opérer à une rationalisation expérimentale des organisations ou des processus c'est-à-dire à penser que : premièrement, le monde est trop compliqué et qu'il faut le simplifier, au risque de réduire la compréhension des faits plus complexes ; et, que le monde est trop incertain, il doit alors être maîtrisable par des protocoles qui apportent la bonne solution à chaque problème (Janvier, 2021). Le référentiel d'évaluation de la HAS a été conçu pour simplifier et maîtriser les évaluations. Il cherche à simplifier et à rassembler, dans un document unique, l'ensemble des lois et recommandations de bonnes pratiques applicables au ESSMS afin de mener les évaluations. Chaque thématique évaluée dispose de ses bonnes pratiques définies, évaluables, auxquelles les ESSMS doivent répondre. Selon Janvier, « tout le problème, dans cette construction de repères communs, est de ne pas réduire l'intelligence des faits à quelques items simplificateurs » (Janvier, 2021). Effectivement, la construction d'indicateurs repose sur le fait de rendre objectifs une activité et ses effets (Hardy, 2018). Pour autant, cette objectivisation semble, selon Hardy, être impossible dans ce secteur « voire dangereuse » (ibid.). C'est le même constat que fait Janvier en 2021, lorsqu'il explique que « par essence, le travail avec et pour autrui suppose la prise en compte de la complexité des situations » (Janvier, 2021). L'accompagnement devant être non pas complexe, mais du moins personnalisé et donc avec un certain niveau de complexité, puisque différent d'une personne à l'autre, semble difficile à réduire dans un référentiel cadre par des critères préalablement définis.

La volonté du référentiel de la HAS reste d'inclure, en première intention, la personne à l'évaluation des pratiques. La compréhension de l'accompagnement personnalisé passe notamment, dans le cadre du référentiel, par la méthode de l'accompagné traceur, pour laquelle, nous l'avons vu, la personne s'exprime sur son vécu et ses ressentis. La participation permet alors d'introduire « de la variabilité et du subjectif là où l'on pourrait ne plus voir que la norme » (Donnet-Descartes & Dujardin, 2012a). Cependant, la volonté d'appliquer un référentiel avec des critères définis à l'avance, guidant les entretiens semble tout de même éloignée de la volonté de prendre en compte les données subjectives qui relèvent du vécu et de l'affect. En effet, Hardy explique le fait que la production d'indicateurs ou de critères oblige à retenir essentiellement les faits significatifs et à produire des données quantitatives, permettant moins l'intégration des « phénomènes émotionnels, affectifs, relationnels » (Hardy, 2018). Si les personnes sont interrogées, dans le cadre de la méthode de l'AT, sur leurs vécus, il existe tout de même une série de critères auxquels les personnes doivent répondre. Pour les EHPAD interrogés, la compréhension et la mise en pratique de la méthodologie de l'AT, dans le cadre de l'auto-évaluation n'a pas été simple. La cadre de santé d'un EHPAD explique que la lecture et la compréhension du référentiel par les professionnels de l'EHPAD a été fastidieuse : « *les questions aussi, franchement déjà nous professionnels de santé, certaines rubriques il a fallu qu'on les relise plusieurs fois, à plusieurs, y a quand-même des énoncés qui sont assez difficiles* ». Les termes « *déjà nous professionnels* » renvoient au fait que, pour les personnes âgées en EHPAD, présentant parfois des troubles cognitifs comme nous l'avons vu précédemment (voir 3.1.1), la compréhension du référentiel et des questions peut aussi être difficile. Or la sélection des personnes participant à l'évaluation est faite par les professionnels de l'EHPAD en amont. Les EHPAD vont alors avoir tendance à effectivement sélectionner, en première intention, les personnes en capacité de comprendre les questions posées comme le formule la directrice d'un EHPAD : « *automatiquement on s'est adressé aux personnes qui avaient la possibilité de nous répondre* ». Cela représente un premier niveau de restriction à la participation à l'évaluation pour les personnes, en lien avec la standardisation du référentiel.

Lorsque les personnes peuvent participer, elles peuvent tout de même ne pas toujours comprendre les questions posées. La personne accompagnée d'un EHPAD explique que, lorsqu'elle a fait un entretien de type « accompagné traceur » dans le cadre de l'auto-évaluation de l'établissement dans lequel elle habite, il y a des questions auxquelles elle n'a pas répondu « *parce que je ne comprenais pas le sens* » dit-elle. Elle précise également que la stagiaire réalisant l'entretien ne comprenait pas toutes les questions. Ces incompréhensions des questions peuvent en partie être dues à la standardisation du référentiel qui crée des questions en décalage avec les réalités de chaque structure. Les personnes peuvent alors ne pas se sentir concernées par les questions posées ou bien être frustrées ou agacées de ne pas comprendre, créant une vulnérabilité supplémentaire pour la personne. C'est donc un deuxième niveau de restriction à la participation à l'évaluation pour les personnes, qui ne bénéficient pas de conditions optimales pour participer. La directrice de ce même

EHPAD explique alors que, pour faciliter cette participation, il a parfois été nécessaire de reformuler les questions dans le cadre de l'auto-évaluation : « *c'est déjà tellement complexe les questions qu'on a, pour eux ben il faut les reformuler, il faut essayer de les remettre dans le contexte dans lequel ils vivent* ». L'adaptation au lieu de vie et aux particularités de l'accompagnement est donc fondamentale dans un référentiel standardisé.

Ainsi, malgré la volonté principale du référentiel d'inclure les personnes et de rendre compte de l'accompagnement personnalisé dans les EHPAD, la standardisation de celui-ci dessert cet objectif principal, pouvant mettre en avant ou accroître les vulnérabilités des personnes âgées.

3.2.2 La sanitarisation de l'évaluation des ESSMS

« Le code génétique de la HAS est sanitaire » (Janvier, 2021). La création d'un référentiel permettant d'évaluer des activités sociales et médico-sociales, par un organisme à l'origine du référentiel de certification des établissements sanitaires (ES), semble poser quelques questions nécessitant un travail de mise en parallèle de ce dit manuel avec le référentiel que nous étudions dans ce mémoire. La sanitarisation correspond au fait de donner un caractère sanitaire à quelque chose ; dans notre cas à l'évaluation des ESSMS et, par extension, à l'accompagnement proposé dans le secteur social et médico-social. Effectivement, au-delà du transfert de compétences à la HAS et de la mission qui lui a été confiée de créer ce référentiel, la mise en forme et les méthodes employées dans celui-ci laissent à penser que le référentiel d'évaluation des ESSMS est « sanitarisé ».

Tout d'abord, le format du référentiel, en lien avec celui du référentiel de certification des établissements sanitaires, est aussi une liste de critères, répartis en plusieurs thématiques et en trois chapitres pour les deux référentiels : « la personne », « les professionnels » et « l'établissement » pour l'évaluation des ESSMS et « le patient », « les équipes de soins » et « l'établissement » pour les ES. Si l'on ne s'attarde pas, ici, à énumérer les similitudes entre les deux référentiels, nous pouvons tout de même dire qu'en 2020, V. Ghadi mettait en lumière cette problématique de sanitarisation, en rappelant que l'ambition portée par la HAS de produire « un référentiel national [qui] contribue à renforcer une culture de développement de la qualité commune au secteur social et médico-social » devait permettre de rendre plus lisible les pratiques de ces acteurs (Ghadi, 2020). Cependant, celles-ci restent bien différentes des pratiques du sanitaire. Nous pouvons notamment dire que le sanitaire traite une pathologie sur un temps plus ou moins long. La performance se mesure au résultat obtenu, au rétablissement de l'état de santé ou non, ou à un degré plus ou moins important. Dans le médico-social on parle d'accompagnement, permettant notamment à la personne de compenser son désavantage et de vivre avec dans le temps long : en EHPAD, c'est notamment la compensation des vulnérabilités liées au vieillissement qui se joue. Or, la liste des critères choisis pour l'évaluation des ESSMS est parfois semblable à celle choisie pour la certification des ES risquant de s'éloigner des réalités de ESSMS mais aussi de leurs obligations légales. Par exemple, en ce qui concerne la participation des personnes au sein des CVS et leurs missions, le qualiticien d'un EHPAD explique

Sarah HUET - Mémoire de l'Université de Rennes - École des Hautes Études en Santé Publique

que le référentiel d'évaluation va au-delà des attendus : « *on s'aperçoit que la HAS a fait un petit peu un copier-coller du manuel du sanitaire pour le médico-social* » car la présentation des plaintes et des réclamations aux membres du CVS lors de réunions « *n'est pas du tout dans le décret⁵⁸ des missions du CVS* ». Cette obligation est effectivement présente dans le référentiel sanitaire, les plaintes et réclamations devant être présentées à la Commission Des Usagers (CDU), l'équivalent du CVS pour les ES. Ces critères parfois éloignés des réalités des ESSMS et peut-être plus proches de celles des ES sont une nouvelle limite à la participation des personnes, de même que pour le phénomène de standardisation. Les personnes pourront ne pas se sentir concernées par tous les critères d'évaluation ou ne pas les comprendre s'ils se rapprochent trop des critères de la certification. Les professionnels en EHPAD risquent également ne pas les comprendre, ce qui ne facilite pas la participation des personnes lors de l'auto-évaluation.

Toutefois, la méthodologie de l'AT semble être une forme de sanitarisation qui est quant à elle plutôt appréciée par les acteurs du médico-social. Effectivement, même dans les méthodes de participation directe des personnes à l'évaluation, la sanitarisation intervient. Directement inspirée par la méthode du patient traceur qui a vu le jour dans la version de 2014 du manuel de certification⁵⁹, la méthode de l'accompagné traceur est utilisée dans l'évaluation des ESSMS. La définition de la méthode du patient traceur nous rappelle celle de l'accompagné traceur puisque selon le manuel de certification des ES, elle « *permet d'analyser collectivement et a posteriori le parcours d'un patient. [...] Elle prend en compte les perceptions du patient et de ses proches et les croise avec l'analyse de la prise en charge par les professionnels pour évaluer notamment les organisations, les interfaces entre secteurs et la coordination entre professionnels* »⁶⁰. Selon l'interlocutrice du CAPPS, les deux méthodes sont « *parallèles, [...] les cheminements sont totalement parallèles, les supports sont différents mais les deux démarches sont identiques* ». Cet héritage est effectivement apprécié des acteurs en ESSMS, cette méthode permettant selon eux de réellement prendre en compte le point de vue de la personne.

De cette façon, la sanitarisation de l'évaluation en ESSMS renforce la participation des personnes par la méthodologie de l'AT, inspirée par la méthodologie du patient traceur dans la certification. Cette sanitarisation, par le format et les énoncés des critères d'évaluation ne facilite cependant pas la participation pour toutes les personnes, renforçant parfois, comme pour la standardisation, leur vulnérabilité.

⁵⁸ Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.

⁵⁹ HAS. Visite V2014 : pour une évaluation de la qualité réelle. Octobre 2014. Consulté le 18 août 2024.

⁶⁰ HAS. V2024 : Manuel de la certification des établissements de santé. 2024.

3.2.3 La subjectivité du professionnel ou de l'évaluateur

Les évaluateurs lors de la visite, mais aussi les professionnels lors de l'auto-évaluation, doivent être les garants du lien entre un référentiel standardisé et sanitarisé et la représentation, au plus près de la réalité, du quotidien des personnes accompagnées. Ces personnes pour qui l'EHPAD est leur lieu de vie, expriment leur propre ressenti qui est subjectif. L'interprétation de ces ressentis par l'évaluateur est aussi subjective ce qui engendre une double subjectivité.

En 2018, Hardy nous explique qu'il existe une différence entre « la construction des indicateurs sur lesquels il doit y avoir une grande rigueur technique [...] et l'élaboration d'un jugement qui s'appuie forcément sur ces indicateurs, mais qui lui peut être pluriel » (Hardy, 2018). En effet, la HAS, en partenariat avec d'autres acteurs, a défini des critères semblables aux indicateurs que mentionne Hardy. L'évaluation se fait donc à partir d'indicateurs mais le jugement que porte l'évaluateur, ou bien le professionnel lors de l'auto-évaluation, est quant à lui plus subjectif. Effectivement, lors de l'entretien avec la personne accompagnée, la personne qui évalue doit être capable de saisir, par le récit de la personne, les éléments qui vont permettre de remplir la grille d'évaluation. Ainsi, un premier niveau de subjectivité de la part de l'évaluateur intervient dans l'interprétation qu'il fait de ce que lui dit la personne accompagnée.

Un deuxième niveau d'interprétation se trouve dans le choix des cotations pour un critère donné. Un résultat d'évaluation pourra en effet être différent selon la personne qui évalue. L'évaluation se base sur un niveau de référence qui est « le niveau d'un indicateur considéré comme optimum. Il peut être fixé [...] en fonction de la réglementation [...] en fonction d'avis d'experts » (ibid.). Dans le cadre des ESSMS, les « avis d'experts » que mentionnent Hardy peuvent être compris comme les recommandations de bonnes pratiques, notamment publiées par l'Anesm puis la HAS. Nous l'avons vu dans la partie 1.3.1, la valeur de référence dans le référentiel d'évaluation correspond à une note de 4, les cotations allant de 1 à 4. Cependant, il est difficile, lorsqu'on parle d'accompagnement, de définir les cotations adéquates à chaque spécificité d'un accompagnement. En effet, l'interlocutrice de la HAS explique que les frontières entre les cotations 1 et 2, puis 3 et 4, sont fines : « *qu'est-ce qui fait qu'un critère va être mauvais ou très mauvais ou au contraire bon ou très bon* » interroge-t-elle. Ainsi, lorsque l'on évalue un accompagnement avec la personne concernée, les éléments de preuve permettent aussi de guider la cotation. Finalement, l'organisme évaluateur reste le plus pertinent pour juger de la cotation adaptée. L'interlocutrice de la HAS nous explique que l'autorité pour laquelle elle travaille conserve un rôle d'harmonisation des pratiques entre les organismes évaluateurs. Cependant, la HAS a pu remarquer que parfois « *c'est aussi des questions de personnes et que si les interprétations varient d'une personne à l'autre, les pratiques peuvent également varier* » explique l'interlocutrice de la HAS interrogée. L'interprétation subjective de l'évaluateur implique donc une pratique des cotations différenciée d'un évaluateur à un autre. Dans les EHPAD, lors de l'auto-évaluation, certains ont alors pu s'interroger sur cette subjectivité et eux-mêmes éprouver des difficultés à noter les critères. Le qualiticien d'un EHPAD explique qu'il a pu faire face à ces

difficultés : « *c'est pas facile parfois entre deux notes, et puis il faut savoir noter l'établissement dans lequel on travaille, être le plus objectif possible et se rapprocher aussi de ce que l'évaluateur pourrait mettre le jour J* ». Effectivement, lors de l'auto-évaluation, les professionnels réalisant les entretiens avec les personnes doivent être capables d'évaluer objectivement l'accompagnement. Pour certains, ils tentent donc de se mettre à la place de l'évaluateur, de réfléchir à ce qu'il penserait de l'accompagnement, ajoutant un niveau de complexité supplémentaire à l'auto-évaluation.

Afin de pallier ces difficultés, la HAS a réalisé un appel à candidature pour constituer des groupes de travail consultatifs d'experts afin de réfléchir à la question de l'harmonisation des pratiques de la cotation. C'est dans ce contexte que Fabrice Lahoucine, évaluateur qualité des ESSMS, publie un document sur Linkedin, qu'il a travaillé de concert avec Philippe Gestin, également évaluateur, lors d'une formation évaluateur. Ce document, disponible en Annexe 10 (Annexe 10 – Éléments d'objectivation des cotations), permet d'avoir une première approche sur l'objectivation des cotations avec pour objectif de « permettre aux intervenants évaluateurs d'objectiver la cotation sur des éléments d'appréciation effectifs »⁶¹. Cette fiche pratique détaille, d'un côté les cotations applicables selon les pratiques des professionnels et de l'ESSMS et, de l'autre côté, les cotations applicables selon le récit des personnes accompagnées. Les cotations des professionnels et de l'ESSMS sont notamment évaluables à partir des éléments de preuve et des éléments déclaratifs de ces derniers. Les cotations des personnes sont quant à elles évaluables à partir du récit de la personne, de son niveau de compréhension et de connaissances et surtout de participation aux différentes pratiques dans l'EHPAD. Ainsi, la fiche propose, pour chaque cotation allant de 1 à 4 et pour le niveau optimisé côté « * », un niveau attendu de participation. Par exemple, pour le critère 1, le plus bas, il est noté que la personne « ne connaît pas, n'a pas fait » et qu'elle « n'est pas sollicitée sur l'objectif ou le critère évoqué ». A l'inverse, sur le critère côté 4, la personne « connaît, comprend, participe et s'exprime de manière régulière sur son accompagnement ». Le pouvoir d'agir des personnes est mis en avant dans ce système de cotation, permettant à la fois aux évaluateurs et aux professionnels des ESSMS d'évaluer les pratiques.

Ainsi, l'évaluation des pratiques en EHPAD fait nécessairement intervenir la subjectivité de chacun, même si l'harmonisation des pratiques évaluatives est recherchée. La subjectivité du professionnel en EHPAD et celle de l'évaluateur habilité étant différentes, cela peut également induire des différences de notation pour les ESSMS.

Le référentiel d'évaluation de la HAS est un référentiel qui est standardisé, car il regroupe en un seul document une série de critères définis par les lois et recommandations de bonnes pratiques applicables aux ESSMS. Il est également sanitarisé puisqu'il reprend, en partie, les méthodes et les

⁶¹ F. Lahoucine et P. Gestin. Éléments d'objectivation des cotations. 2024. Consulté le 26 juin 2024.

Sarah HUET - Mémoire de l'Université de Rennes - École des Hautes Études en Santé Publique

critères utilisés dans le cadre de la certification des ES. Les impacts qui découlent de ces deux adjectifs caractérisant le référentiel de la HAS ne permettent pas un niveau de participation optimal des personnes âgées en EHPAD à l'évaluation des pratiques. Afin de garantir une bonne participation, les personnes âgées doivent se sentir concernées par les questions posées. Ces dernières doivent être directement en rapport avec leur vécu et ne doivent pas être perçues comme un interrogatoire. Finalement, la participation des personnes implique également une double subjectivité à l'évaluation. Cela ajoute un niveau de complexité supplémentaire à un référentiel standardisé puisque l'attribution de notes, caractéristique de la standardisation, est impactée par la subjectivité de la personne en charge de l'évaluation, elle-même impactée par celle de la personne accompagnée.

3.3 La participation : “levier puissant d'amélioration des pratiques ” (Anesm, 2008) ou alibi pour les ESSMS ?

En 2008, l'ANESM, dans ses recommandations de bonnes pratiques, explique qu'il est pertinent d'inclure l'ensemble des acteurs concernés à l'évaluation y compris les personnes accompagnées. Elle explique alors que la participation de ces personnes à l'évaluation « constitue un levier puissant d'amélioration des pratiques » (Anesm, 2008). Cependant, parfois, la participation des personnes accompagnées peut être un « alibi » pour les ESSMS qui font participer les personnes par obligation, dû au référentiel, mais qui ne prennent pas réellement en compte leur parole. Ainsi, nous allons tout d'abord étudier les risques d'instrumentalisation des personnes et les moyens de s'en prémunir. Nous comprendrons ensuite que la participation des personnes va au-delà de la préparation et de la visite d'évaluation. Finalement, nous conclurons sur les apports généraux de la participation des personnes à l'évaluation avec tout de même quelques précautions à prendre.

3.3.1 Le contenu du rapport d'évaluation : certains aspects qualitatifs, au-delà des cotations, permettant d'éviter l'écueil de l'instrumentalisation

Le rapport d'évaluation présente les résultats de celle-ci selon le référentiel en vigueur. Il doit pouvoir servir aux ATC mais également aux ESSMS évalués afin d'améliorer leurs pratiques. Les éléments recueillis avec les personnes sollicitées doivent figurer dans le référentiel afin de traduire l'accompagnement proposé au plus proche de la réalité. La transparence de ces éléments permet également de prévenir les risques d'instrumentalisation de la personne.

Chaque critère qui concerne l'ESSMS évalué figure deux fois dans le rapport d'évaluation : une première fois dans la partie du rapport intitulée « synthèse des cotations » et une deuxième fois dans la partie « cotation des chapitres par thématiques ». Dans la seconde partie, les résultats sont

présentés selon les axes forts et les axes de progrès de chaque chapitre⁶². Pour chaque critère un commentaire est rédigé par l'évaluateur. Ce sont des éléments qualitatifs qui permettent de justifier la cotation. Dans le chapitre 1, celui sur la personne, les commentaires retracent notamment les propos tenus par les personnes, de manière anonyme, généralement nommées par une lettre : « Madame B » ou Monsieur V » par exemple. Ce sont ces propos qui sont pertinents lorsqu'on souhaite faire une analyse qualitative de l'évaluation menée. Ils sont utiles pour les ATC afin de mieux comprendre les spécificités des ESSMS. Ils doivent également permettre aux gestionnaires de mieux cerner les attendus des personnes accompagnées, de comprendre leurs points de vue et ainsi d'améliorer l'accompagnement. Par la transcription des propos, l'analyse croisée entre « pairs interviewés » (Donnet-Descartes & Dujardin, 2012c) est facilitée permettant de faire ressortir des éléments pertinents pour l'évaluation. Selon Laurent Barbe, ces paroles doivent faire l'objet d'une analyse sous plusieurs angles avec une « analyse des éléments singuliers et des éléments plus collectifs ressortant de manière régulière » (Barbe, 2017). Cette analyse est réalisée dans le contexte de l'évaluation par les évaluateurs ou en amont par les gestionnaires lors de l'auto-évaluation mais peut aussi avoir lieu en aval de la visite d'évaluation, une nouvelle fois par les gestionnaires, suite à la réception du rapport d'évaluation. L'enjeu de la bonne complétude du rapport d'évaluation est donc de transcrire, le plus fidèlement possible, le ressenti des personnes âgées.

Par la suite, si le pari pré-évaluation était d'acculturer les professionnels à la démarche d'évaluation participative (voir 2.3.1), celui post-évaluation est, pour les professionnels, de prendre réellement en compte le point de vue des personnes dans leurs pratiques professionnelles, de reconnaître qu'il a « une pertinence propre et que leurs savoirs d'expérience sont utiles à la réflexion sur la qualité » (Donnet-Descartes & Dujardin, 2012c). Le risque principal d'une évaluation participative est de considérer comme la parole des personnes accompagnées comme non-pertinente : on parle d'instrumentalisation. Cela consiste à considérer quelqu'un comme un instrument. Deux situations peuvent être considérées comme de l'instrumentalisation de la personne. La première est d'avoir une attitude démagogique. Ce serait le fait de faire participer la personne à l'évaluation pour « faire bien » mais de ne finalement pas prendre en compte son point de vue. La deuxième est d'avoir une attitude disqualifiante, c'est-à-dire de considérer la parole de la personne comme moins pertinente que celle des professionnels qui s'expriment alors à la place de la personne qu'ils pensent bien connaître (ibid.). Effectivement, l'évaluation participative est une première étape à la participation des personnes mais il ne suffit pas de les faire participer pour réaliser une bonne évaluation. Il est également nécessaire de s'appuyer sur leurs propos, sans les déformer, pour améliorer les pratiques. C'est ainsi, par l'insertion des commentaires dans le rapport d'évaluation permettant de retracer les propos des personnes, que les risques d'instrumentalisation peuvent en partie être limités.

⁶² Les axes forts présentent les critères impératifs supérieurs ou égaux à la cotation « 4 » et les critères standards supérieurs ou égaux à la cotation « 3 ». Les axes de progrès présentent les autres critères.

Effectivement, les paroles sont retranscrites le plus fidèlement possible, il n'est donc pas possible de passer outre ces informations. Enfin, éviter l'instrumentalisation des points de vue de la personne passe aussi et surtout par sa participation à la prise de décision.

3.3.2 La restitution des résultats de l'évaluation : garantir à la personne l'intérêt de sa participation

La participation des personnes, pour être complète, doit permettre à celle-ci de comprendre l'intérêt de leur participation. Elles doivent se sentir écoutées à l'issue de l'évaluation et doivent pouvoir être parties prenantes des décisions.

La HAS, dans sa fiche rédigée en Facile A Lire et à Comprendre (FALC) « Aider les personnes à s'engager dans leurs accompagnements et dans leurs soins – Principes »⁶³ en 2023, explique que la participation ne s'arrête pas au fait de donner la parole à une personne accompagnée. Cela va au-delà, puisque lorsqu'une personne participe « il faut [qu'elle] voie à quel point ce [qu'elle] dit va influencer le projet et les décisions »⁴⁰. Pour garantir la visibilité de prise en compte de l'avis des personnes, il est recommandé de rendre compte de l'évaluation aux personnes ayant participé mais aussi aux autres personnes n'ayant pas participé. En effet, l'interlocutrice du CAPPS explique qu'il est nécessaire de « *prendre le soin de revenir vers le résident* » afin de lui notifier notamment les points d'amélioration identifiés par la structure. Le rapport doit également être transmis aux membres du CVS puisque selon elle « *c'est le continuum* », on se pose alors la question suivante : « *comment on intègre les usagers en tant qu'acteur, dans l'amélioration des pratiques et des organisations ?* ». La notion de continuum rappelle ici celle de bouclage entre la participation et l'évaluation que nous avons vue précédemment. La transmission des résultats de l'évaluation aux membres du CVS ainsi qu'aux personnes permet d'inclure à nouveau la participation des personnes à l'issue de l'évaluation, afin de rendre compte de celle-ci. Les personnes pourront alors reconnaître les propos qu'elles ont tenus ou bien que leurs pairs ont dits. La directrice d'un EHPAD dont l'évaluation n'avait pas encore eu lieu a effectivement prévu ce travail de partage des résultats : « *dès qu'il y a les résultats je les communique moi, au CVS, aux habitants* ». La cadre de santé d'un autre EHPAD, où l'évaluation avait déjà eu lieu, explique quant à elle la manière dont ils ont pu restituer l'évaluation aux personnes. Elle précise notamment que, là encore, les spécificités des personnes âgées sont à prendre en compte et que cela ne s'arrête pas à la participation à l'évaluation. Ainsi, l'attention des personnes n'était pas toujours facile à trouver : « *ce n'est pas évident de tenir l'attention sur ce genre de réunion* ». Afin de pallier cela, le service communication de l'organisme gestionnaire, en lien avec les professionnels médicaux et paramédicaux a pu réaliser une vidéo de présentation des résultats : « *on a fait un*

⁶³ HAS. FALC : Aider les personnes à s'engager dans leurs accompagnements et dans leurs soins – Principes. Septembre 2023.

système de petites vidéos pour présenter les résultats [...] C'est vraiment un condensé mais ça représente bien les choses ». Une nouvelle fois, la participation des personnes à toutes les étapes de l'amélioration continue des pratiques est possible. Il reste cependant essentiel de trouver des solutions permettant surmonter les difficultés. Ces solutions nécessitent le plus souvent des moyens humains plus importants qu'en « routine » dans l'EHPAD comme ici avec la participation du service communication du gestionnaire.

Afin de garantir la notion de bouclage entre l'évaluation et la participation, il semble primordial d'inclure les personnes dans la prise de décisions pour l'EHPAD. Cependant, au moment des entretiens, uniquement un EHPAD interrogé avait réalisé son évaluation en amont de l'entretien. Pour cet EHPAD, l'amélioration des pratiques se fait tout au long de l'année, avec les personnes par le CVS ainsi qu'un autre mode de participation collective plus innovant : le Café Papote. Il n'y a pas eu de changement majeur ayant nécessité la participation particulière des personnes à un moment précis. Cela peut être un témoignage supplémentaire en faveur de cette notion de bouclage entre la participation et l'évaluation puisque la participation et l'évaluation se font ici en continu, de manière plutôt fluide, sans fracture à un temps donné pour l'un ou l'autre. La seule fracture pourrait être l'évaluation par un organisme évaluateur externe qui vient perturber le quotidien de l'EHPAD le temps de la visite. Ce quotidien a également été bousculé lors de la préparation à la visite d'évaluation puisque le référentiel était nouveau et il fallait alors s'assurer de la cohérence des pratiques avec celui-ci. A plus long terme, nous pouvons penser que, si le référentiel reste dans sa globalité similaire à celui des premières évaluations, les ESSMS pourraient tendre de plus en plus facilement vers cette notion de bouclage, traduisant une certaine fluidité et un certain naturel pour allier « participation » et « évaluation ». Effectivement, si dans les EHPAD interrogés, ces bonnes pratiques semblent plutôt ancrées dans les habitudes, nous pressentons que ce n'est pas le cas dans tous les ESSMS. Le référentiel d'évaluation de la HAS présente donc un intérêt supplémentaire pour favoriser la participation des personnes en dehors de la visite d'évaluation.

Une bonne communication des résultats ainsi que la garantie, pour les personnes, d'être parties prenantes des décisions permet d'assurer une « réciprocité d'intérêts » pour celles-ci (Donnet-Descartes & Dujardin, 2012c). Les personnes ayant participé, parfois hésitantes ou méfiantes à cette idée, peuvent chercher à comprendre, a posteriori, l'intérêt réel de leur participation. Le fait de restituer les résultats et d'inclure les personnes à la prise de décisions leur permet de voir les bénéfices de sa participation. Nous allons étudier dans cette dernière partie d'autres bénéfices de la participation pour l'amélioration des pratiques en EHPAD.

3.3.3 Les apports de l'évaluation pour les ESSMS ayant déjà de bonnes pratiques : interrogations sur les ESSMS dont les pratiques sont à améliorer

« Les établissements sont globalement satisfaits » du référentiel d'évaluation mentionne l'interlocutrice du CAPPs. L'évaluation est une étape de la démarche d'amélioration continue de la

qualité. Elle doit permettre une remise en question des pratiques avec l'identification des bonnes pratiques et celles auxquelles des améliorations peuvent être apportées. Cependant, en raison du faible échantillon d'EHPAD ayant répondu à la demande d'entretien dans le cadre de ce mémoire, quelques interrogations apparaissent sur la généralisation des apports, que nous allons citer ci-dessous, à tous les EHPAD.

Les méthodes d'évaluation employées dans le référentiel d'évaluation donnent « l'occasion aux personnes concernées de dire aux équipes ce qui fonctionne bien et ce qu'elles apprécient, au-delà des échanges ponctuels qui sont noués dans la quotidienneté de l'action » (Barbe, 2017). Cette opportunité est vécue comme quelque chose de positif pour les personnes qui peuvent s'exprimer : « *l'impression générale c'est qu'ils étaient plutôt contents de pouvoir être sollicités et dire des choses* » explique la cadre de santé d'un EHPAD. Si les personnes apprécient donner leur avis, certaines se demandent pour autant les apports que l'évaluation pourra avoir dans l'amélioration des pratiques de l'EHPAD. Effectivement, dans un établissement ayant de très bonnes pratiques globales, une personne âgée se demande « *dans quels objectifs, dans quel but ils [les évaluateurs] font ça ? Qu'est-ce que ça va faire avancer ? Pour nous je ne vois pas ce qu'il peut y avoir d'amélioration* ». Elle relève alors le fait que, pour elle, l'accompagnement proposé est idéal et qu'elle ne souhaite pas voir évoluer les pratiques : « *Ah bah surtout que ça change rien cette évaluation, non, on est trop bien comme ça, il ne faut pas que ça change* » commente-t-elle.

Pour les professionnels, la participation des personnes doit permettre d'interroger les pratiques professionnelles souvent ancrées dans les établissements et dont les professionnels ne remettent plus en cause leur application : « *On ne s'était pas forcément posé cette question-là jusque-là, d'où l'importance de ces évaluations qui nous obligent un peu à nous remettre en cause et à retravailler nos organisations* ». Pour eux, le retour des personnes accompagnées est « plus important que l'on ne pense dans des métiers au sein desquels les occasions d'une reconnaissance instituée sont trop rares et peu structurées » (Barbe, 2017). La valorisation des pratiques, par la méthodologie de l'AT, permet notamment de travailler avec des professionnels plus enclins à améliorer leurs pratiques puisque leur travail est réellement mis en avant, directement par les personnes qu'ils accompagnent. La cadre de santé d'un EHPAD livre son témoignage sur un échange qu'elle a pu avoir avec les membres de son équipe à ce sujet : « *Je leur dis « vous voyez bien que la parole du résident a toute son importance dans les soins qu'on mène »* ». Elle éclaire ses propos en disant : « *C'est ultra valorisant aussi pour eux quand on voit qu'un dossier est bien tenu et qu'il y a des liens qui se font, on voit bien que l'équipe se questionne aussi en fonction des retours des résidents* ». Le discours de personnes permet alors aux professionnels de faire un pas de côté sur leurs pratiques afin de « percevoir comment certaines pratiques sont perçues (ou parfois mal perçues) » (Barbe, 2017). Effectivement, les paroles des personnes accompagnées sont éloignées du vocabulaire médical et social, des protocoles et des bonnes pratiques étudiées par les membres du personnel. Elles s'expriment alors sur leur quotidien, sur le travail des professionnels dans la manière dont elles le

perçoivent c'est-à-dire « qui ne se limite au respect de la prescription aussi bien intentionnée soit-elle » (ibid.). La cadre de santé d'un EHPAD explique que selon elle, la participation à l'évaluation « *apporte tout* », que cela donne du sens dans la démarche qualité puisque « *la finalité c'est vraiment pour nos résidents que l'on travaille* ». Elle explique également que la démarche d'évaluation participative « *apporte du poids [...] par rapport au management* ». Elle peut alors s'appuyer sur les résultats de l'évaluation pour le management des équipes qui, nous l'avons vu, sont souvent plus enclines à modifier leurs pratiques lorsque les remises en cause des pratiques proviennent directement des personnes concernées.

La remise en cause des pratiques est attendue par l'évaluation de celle-ci grâce au référentiel de la HAS. Une directrice d'EHPAD affirme cependant qu'elle n'a pas cette attente du référentiel, estimant que ce dernier ne va pas profondément changer les pratiques dans l'EHPAD : « *Je n'y attends rien du tout, j'aurai fait ma B.A. pour 5 ans et puis voilà* ». En effet, elle estime, avec les autres membres de la gouvernance, que l'évaluation est importante et nécessaire mais que dans les établissements comme celui qu'elle dirige, le référentiel n'est pas adapté. Selon ces personnes ils sont « *déjà au-delà des attendus du référentiel* ». L'évaluation dans ce type d'établissement allant au-delà des recommandations de bonnes pratiques devrait permettre de mettre en valeur celles-ci « *pour amener le politique demain à prendre des décisions sur l'accompagnement de nos aînés* ». La personne accompagnée interrogée qui disait qu'il n'y avait pas de modification à apporter dans cet EHPAD affirme cependant que « *dans les autres EHPAD oui certainement* ». Le référentiel devrait alors pouvoir servir aux EHPAD, et plus généralement aux ESSMS qui n'ont pas de démarche qualité formalisée. En effet, si les résultats dans le cadre de ce mémoire sont plutôt bons et que la démarche est appréciée par les gestionnaires et les personnes, nous pouvons penser que cela n'est pas la réalité de tous les EHPAD. Effectivement, dans le cadre de ce mémoire, le retour d'expérience de quatre EHPAD uniquement a été pris en compte. Ce sont également les retours du CAPPS, structure d'accompagnement à la qualité qui ont été étudiés. En effet, les EHPAD accompagnés par le CAPPS ont le souci de répondre aux exigences d'une démarche qualité qui a du sens pour les personnes accompagnées. Ainsi, lorsque l'interlocutrice du CAPPS nous disait que « *les établissements sont globalement satisfaits* » ce sont ceux déjà « *convaincus* » par la démarche d'amélioration continue de la qualité. Or, de nombreux EHPAD n'ont pas répondu aux sollicitations pour un entretien dans le cadre de ce mémoire. Cela nous amène à nous interroger sur ces EHPAD. Des raisons de manque de temps peuvent, par exemple, être possibles, mais une raison liée directement à la qualité peut être envisagée. En effet, bien que le souhait du référentiel d'évaluation soit l'amélioration continue des pratiques, cette évaluation, pour des établissements non-familiers avec la démarche peut être perçue comme une inspection ou un contrôle. Lorsque cette appréhension existe, il semble plus difficile d'intégrer l'amélioration continue des pratiques, la préparation à l'évaluation étant essentiellement centrée sur la réponse aux attentes du référentiel.

Finalement, le référentiel d'évaluation semble pertinent pour des établissements déjà prédisposés et convaincus par la démarche qualité. Il donne des outils supplémentaires et peut permettre une approche différente de celle mise en œuvre dans ces établissements. Cependant, certains établissements répondant à des standards plus élevés de pratiques peuvent ne pas percevoir l'intérêt du référentiel pour leurs pratiques. A contrario, pour des établissements moins engagés dans la démarche qualité, le référentiel est considéré avant tout comme une liste de critères auxquels il faut répondre en s'y préparant. Cependant, par la suite, l'objectif du référentiel d'induire une démarche d'amélioration continue de la qualité sera plus difficile à atteindre puisque les établissements se prépareront à répondre à nouveaux à des standards uniquement cinq années plus tard, au moment de la prochaine évaluation.

Ainsi, le référentiel d'évaluation de la HAS est destiné à améliorer les pratiques des ESSMS par la participation des personnes accompagnées notamment. Afin que cet objectif se réalise, il semble nécessaire que l'établissement dispose de quelques prérequis et qu'il soit enclin à s'insérer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. La participation des personnes semble le plus souvent appréciée et leurs paroles sont prises en compte à la suite de l'évaluation. Cependant, parfois, l'expression de la personne peut être un alibi pour certains ESSMS qui répondent aux codes de l'évaluation et des bonnes pratiques en faisant participer les personnes, sans pour autant prendre en compte leur avis : c'est ce qu'on appelle l'instrumentalisation.

Finalement, nous pouvons dire que ce référentiel d'évaluation standardisé implique quelques difficultés lorsqu'il s'agit d'évaluer l'accompagnement personnalisé des personnes. Il est alors nécessaire de prendre en compte leur vulnérabilité afin d'instaurer un cadre favorable à la participation. La prise en compte de leur capacité d'expression, l'adaptation des questions, dans un référentiel sanitarisé, et l'adaptation des modalités d'entretien permettent notamment cette prise en considération des vulnérabilités. La participation des personnes à la démarche d'amélioration continue de la qualité ne se limite cependant pas à la participation à l'évaluation. Il est nécessaire pour la personne de comprendre l'intérêt de sa participation, notamment par la restitution des résultats de l'évaluation. Elle doit également être partie prenante des décisions prise des suites de cette évaluation. Le référentiel est apprécié par les EHPAD pour ces démarches participatives permettant une remise en cause des pratiques. Cependant, ce sont dans les EHPAD les plus avancés sur les travaux de participation et de démarche qualité que ces modalités d'évaluation sont les plus comprises là où, dans des EHPAD plus en difficulté, l'évaluation reste perçue comme un contrôle auquel il faut répondre tous les cinq ans. Le sens du référentiel d'évaluation et de ses méthodes est alors moins compris.

Conclusion

L'évaluation des EHPAD est une démarche centrale dans l'amélioration continue de la qualité des pratiques. Par la création d'un référentiel publié en 2022, la HAS propose un cadre structurant cette évaluation. Le référentiel permet d'insister sur les démarches participatives dans le cadre de l'évaluation et oblige les EHPAD à la participation des personnes accompagnées notamment à travers la méthodologie de l'accompagné traceur. L'implication directe des personnes âgées dans cette démarche constitue un apport important, car elle valorise leur parole et leur perception, contribuant ainsi à une évaluation au plus près des réalités de ces personnes. L'évaluation priorise ainsi les retours d'expérience des personnes avant ceux des professionnels. L'analyse croisée entre les points de vue de ces deux populations est destinée à favoriser la compréhension des pratiques pour les professionnels qui peuvent faire un pas de côté dans l'accompagnement et percevoir le ressenti de la personne. Il est néanmoins essentiel de veiller à ce que cette participation ne soit pas instrumentalisée, mais qu'elle s'inscrive dans une démarche sincère de prise en compte des opinions des personnes.

La participation des personnes accompagnées dans le cadre de l'évaluation de la qualité en EHPAD s'oppose cependant à certaines limites. L'une d'entre elles concerne directement le référentiel d'évaluation et la manière dont il est construit. La standardisation du référentiel semble, de prime abord, essentielle afin de garantir l'homogénéité et la pertinence des évaluations dans les ESSMS par l'instauration d'une liste de critères issus de textes législatifs et de recommandations de bonnes pratiques. Toutefois, les critères sont parfois rigides face à la diversité des établissements et à la singularité des accompagnements proposés. L'expression des personnes peut être limitée par cette standardisation, si leurs spécificités ainsi que celles du contexte dans lequel elles résident ne sont pas prises en compte. La sanitarisé du référentiel a également un impact sur la participation des personnes puisque pour participer, il est nécessaire que les personnes se sentent concernées par les problématiques qui les touchent. Par ailleurs, ces dernières, en raison de leur vulnérabilité et de leurs besoins spécifiques, requièrent une attention particulière face à un référentiel standardisé et sanitarisé.

La population âgée est une population vieillissante qui doit composer avec une baisse de son autonomie et des problématiques de santé croissantes. Certaines problématiques peuvent impacter les capacités de participation des personnes et notamment les troubles cognitifs, nécessitant, pour les EHPAD d'adapter les modes de participation des personnes, voire d'opérer une sélection des personnes pouvant participer à l'évaluation. Le point de vue de toutes les personnes âgées de l'EHPAD ne peut alors pas être entendu créant des inégalités. La perception de la place de la personne âgée en EHPAD par la société impacte également ses souhaits de participation. Ainsi, parmi les conditions nécessaires au bon déroulement de la participation, l'information et le recueil du consentement de la personne sont indispensables avant de l'inclure dans une démarche évaluative.

D'autres facteurs peuvent favoriser la participation des personnes. L'instauration d'un cadre de vie favorable dans lequel la personne se sent chez elle est notamment une manière indirecte d'accroître sa participation. Par l'instauration d'espaces d'échanges dédiés à l'expression des personnes âgées, certains EHPAD favorisent également cette participation. Il est aussi primordial pour les professionnels de s'acculturer aux démarches d'évaluation participative et d'en comprendre les apports afin d'éviter tout conflit avec les personnes. Les professionnels doivent également prendre le temps nécessaire pour recueillir la parole de la personne. Ce temps est parfois contraint par un manque de personnel dans les EHPAD. Le turnover des professionnels ne facilite pas la participation des personnes et ne crée pas, non plus, un climat favorable à la participation.

Les réalités démographiques ; des personnes âgées avec l'augmentation du niveau de dépendance et l'arrivée à un âge avancé en EHPAD ; et des professionnels paramédicaux manquant en EHPAD ; semblent de plus en plus incompatibles avec la participation des personnes âgées à l'évaluation des EHPAD. Cela crée alors un paradoxe puisqu'à l'inverse la participation des personnes est de plus en plus recherchée dans l'évaluation, comme en témoigne le référentiel d'évaluation de la HAS.

Finalement, la démarche d'amélioration continue de la qualité ne se limite pas à la participation des personnes lors de l'évaluation. La notion de bouclage entre l'évaluation et la participation permet de comprendre que les deux notions ne peuvent plus être pensées séparément. Les personnes doivent être de réels partenaires tout au long de leur accueil dans l'EHPAD, jusqu'à la prise de décisions. La participation des personnes, autant que de possible, doit devenir la norme. Les EHPAD déjà engagés dans une démarche qualité sont alors accueillants face au référentiel d'évaluation qui propose des outils afin de favoriser la participation. Il apparaît plus difficile, dans le cadre du référentiel, d'apporter des solutions à des EHPAD n'ayant pas le souhait de faire évoluer leurs pratiques, qui peuvent alors percevoir le référentiel uniquement comme contraignant, afin de rendre des comptes aux autorités de tarification et de contrôle et non pas comme un outil.

Au-delà de l'appropriation du référentiel par les EHPAD, nous pourrions aborder le point de vue de l'évaluateur sur les apports et les limites qu'il rencontre lors de la participation des personnes le jour de la visite d'évaluation. Aussi, la problématique de la standardisation renvoie à une interrogation plus générale sur la manière dont les ATC peuvent analyser un nombre important de rapports d'évaluation. La standardisation du référentiel permet notamment une évaluation homogène entre les ESSMS par le système de critères communs et de cotations. Toutefois, la volonté est également de prendre en compte les spécificités des accompagnements, retranscrits notamment dans les commentaires du rapport d'évaluation. Le coût temporel pour la prise en compte de ces spécificités est important en comparaison aux moyens humains disponibles, le plus souvent, dans les administrations publiques. La question des moyens humains dans la prise en compte du point de vue des personnes est donc pertinente à deux échelles : celles des ESSMS et celles des ATC.

Bibliographie

Ouvrages

Donnet-Descartes, É., & Dujardin, D. (2012). *Évaluer avec les usagers*. Presses de l'EHESP.

Articles et périodiques

Autissier, D., Giraud, L., & Johnson, K. J. (2015). Les 100 schémas du management : La matrice BCG, les 5 forces de Porter, la roue de Deming, la carte des alliés... et 96 autres (p. 104-105). Editions Eyrolles.

Balavoine, A. (2022). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*. 1237.

Balzani, B., & Hirlet, P. (2021). *Faut-il articuler l'évaluation et la participation dans les institutions sociales et médico-sociales ?*

Barbe, L. (2017). *Le questionnement des usagers dans les démarches d'évaluation interne et externe*. Société Française de l'Evaluation.

Barbe, L. (2020). Évaluer autrement : Chiche ? *Cahiers de l'Actif*, 530-533(7,8-9,10), 45-61.

Bauduret, J.-F. (2013). La constitution d'une identité par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. In *Institutions sociales et médico-sociales* (p. 7-20). Dunod.

Bazin, M., & Muller, M. (2018). Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad. *DREES*, 1067.

BERTAULT, F., & RETINON, P. (2009). Evaluation interne en EHPAD. Développement d'un outil commun. *Evaluation interne en EHPAD. Développement d'un outil commun*, 527, 50-52.

CHARLANNE, D. (2009). Grands chantiers 2009 de l'Anesm. *Grands chantiers 2009 de l'Anesm*, 527, 46-49.

Demoustier, S., & Priou, J. (2013). Les lois de 2002 et la participation des usagers dix ans après. *Contraste*, 37(1), 73-92.

Deshaires, J.-L., Colombo, É., Raud, M., & Mignien, D. (2020). De protocoles en procédures.... C'est l'humain qui paie la facture ! *Cahiers de l'Actif*, 530-533(7,8-9,10), 167-193.

Donnet-Descartes, É., & Dujardin, D. (2012a). Introduction. *Évaluer avec les usagers* (p. 5-11). Presses de l'EHESP.

Donnet-Descartes, É., & Dujardin, D. (2012b). La prise en compte des points de vue des usagers : Une pierre d'achoppement dans l'évaluation. *Évaluer avec les usagers* (p. 13-24). Presses de l'EHESP.

Donnet-Descartes, É., & Dujardin, D. (2012c). Principes méthodologiques : Sécuriser les espaces d'expression et de coopération. *Évaluer avec les usagers* (p. 25-32). Presses de l'EHESP.

Dubuisson, F., & Brunetiere, J.-R. (2001). Angelique : Un outil pour s'évaluer. *Gérontologie et société*, 24 / 99(4), 179-186.

Eynard, C., Piou, O., & Villez, A. (2009). La démarche d'amélioration continue de la qualité des projets. *Conduire le changement en gérontologie* (p. 241-254). Dunod.

Fasshauer, I., & Ferreira de Moura, C. (2023). Les tiers-lieux en EHPAD, de nouveaux modes de participation et de socialisation des personnes âgées dépendantes. *Actualité et dossier en santé publique*, 2023 (1)(121), 44-46.

Fondation Médéric Alzheimer. (2018). *Une exploitation de l'enquête nationale sur les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*. 49-50.

Garidi, S., & Husson, J. (2021). L'évaluation du projet d'établissement : Informatisation d'une démarche participative. *Pensée plurielle*, 53(1), 76-99.

Ghadi, V. (2020). La HAS et l'évaluation des ESSMS : Une nouvelle donne. *Cahiers de l'Actif*, 530-533(7,8-9,10), 9-21.

Hardy, J.-P. (2018). Chapitre 1. L'évaluation, seul mode de régulation soutenable. *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux* (p. 9-18). Dunod.

Heijboer, C. (2019). La participation des usagers au secours des institutions sociales et médico-sociales. Vers un nouvel âge de la Solidarité. *Le Sociographe*, 68(4), s13-S23.

Hervy, B. (2007). Vieillesse et vie citoyenne en institution. *Gerontologie et societe*, 30120(1), 127-142.

Hervy, M.-P., & Dizier, C. (2014). Place et rôle de l'Anesm dans l'évaluation externe. *Psychologues et Psychologies*, 231(1), III-VI.

Jaeger, M. (2023). La participation des personnes concernées dans le social et le médico-social. *ADSP*, 121(1), 39-41.

Janvier, R. (2019). Chapitre 14. La participation des usagers, un nouveau paradigme. In *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale* (Vol. 2, p. 341-356).

Ledermann, N., & Prouvez, V. (2020). De la nécessité d'un « pacte évaluatif ». *Cahiers de l'Actif*, 530-533(7,8-9,10), 195-218.

Legros, M. (2010). Le médico-social, une nouvelle frontière pour l'évaluation participative ? *Informations sociales*, 158(2), 52-58.

Pomey, M.-P., & Ghadi, V. (2009). La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé : une dynamique encore à construire. *Santé, Société et Solidarités*, 2, 53-61.

Savignat, P. (2020). De l'ANESM à la HAS : L'évaluation vers un deuxième cycle. *Cahiers de l'Actif*, 530-533(7,8-9,10), 23-42.

Soeur MARY CHANTAL. (2009). Évaluation interne associant les résidents. Expérience d'un EHPAD. *Revue Hospitalière de France*, 527, 54-55.

Wolmark, Y. (2001). Évaluer la qualité. *Gérontologie et société*, 24 / 99(4), 131-146.

Texte législatifs et réglementaires

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles.

Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Article L312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Rapports techniques et recommandations

Anesm. Fiche-repère : Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD). Août 2018.

Anesm. L'évaluation interne : Repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2012.

Anesm. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Mise en oeuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L.312-1 du CASF. 2008.

DGAS. Note d'information DGAS/5B n°2004-96 du 3 mars 2004 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux. 2004.

HAS. Avis n°1-2022 du Conseil pour l'engagement des usagers « Améliorer la participation des usagers dans les commissions des usagers et les conseils de la vie sociale ». Mai 2022.

HAS. FALC : Aider les personnes à s'engager dans leurs accompagnements et dans leurs soins – Principes. Septembre 2023.

HAS. Fiche : L'obligation de mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS). Juin 2024.

HAS. Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. 2022.

HAS. Parcours des soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Mai 2018.

HAS. Rapport : Dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS. Bilan 2023. 2024.

HAS. Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS. Mars 2022.

HAS. V2024 : Manuel de la certification des établissements de santé. 2024.

IGAS. Rapport : Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Juin 2017.

KPMG. Évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux – Bilan et perspectives. Décembre 2015.

Sites internet

ARS Bretagne. « Nouveau dispositif des évaluations de la qualité dans le secteur médico-social ». s.d.

F. Lahoucine et P. Gestin. Éléments d'objectivation des cotations. 2024. Consulté le 26 juin 2024.

Balavoine (DREES). Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Juillet 2022. Consulté le 23 juillet 2024.

HAS. « Comprendre la nouvelle évaluation des ESSMS ». 2023.

HAS. Visite V2014 : pour une évaluation de la qualité réelle. Octobre 2014. Consulté le 18 août 2024.

IRDES. « Données de cadrage : indicateurs d'état de santé », Juillet 2013. Consulté le 04 septembre 2024.

INSEE. « France, portrait social. Édition 2019 », Novembre 2019. Consulté le 04 septembre 2024.

Janvier. L'évaluation dans le contexte d'évolution des établissements sociaux et médico-sociaux. 2021. Consulté le 12 janvier.

Autres supports utilisés

ARS Bretagne. « Les midis de la qualité - E1 : J'ai la date de l'évaluation, et maintenant je fais quoi ? ». Mai 2023. (vidéo)

ARS Bretagne. « Les midis de la qualité - E3 : Les critères impératifs, késako ? ». Septembre 2023. (vidéo)

ARS Bretagne. "Webinaire sur le nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS". Novembre 2023. (vidéo)

CREAI Bretagne. « Les midis de la qualité - E5 : Participation des personnes accompagnées à l'évaluation : rien sur nous sans nous ! ». Juin 2024. (vidéo)

HAS. Fichier EXCEL liste des critères du référentiel d'évaluation des ESSMS. 2023.

Liste des annexes

Annexe 1 – Rétroplanning de travail

Annexe 2 – Guides d’entretiens

Annexe 3 – Liste des acteurs interrogés

Annexe 4 – Modèle de prise de contact avec les EHPAD

Annexe 5 – Grille d’analyse des verbatims

Annexe 6 – Note réflexive

Annexe 7 – Schéma de la roue de Deming appliquée aux ESSMS

Annexe 8 – Extrait du référentiel d’évaluation de la qualité des ESSMS, HAS

Annexe 9 – Grille d’évaluation spécifique aux CVS

Annexe 10 – Éléments d’objectivation des cotations

Annexe 1 – Rétroplanning de travail

Rétroplanning de travail janvier à septembre 2024. Les périodes orangées sont les semaines de cours et les périodes blanches sont les semaines sur le lieu de l'alternance.

Jours	janv-24	févr-24	mars-24	avr-24	mai-24	juin-24	juil-24	août-24	sept-24
1						GRILLE D'ANALYSE			
2					Entretiens structures et personnes accompagnées		RÉDACTION		
3				Retranscription		RÉDACTION			
4	Recherches documentaires + réalisation du rétroplanning	Recherches documentaires + rédaction données de cadrage	Entretiens institutionnels / CAPPS + retranscription + remplissage grille d'analyse	Entretiens structures et personnes accompagnées		GRILLE D'ANALYSE		RÉDACTION	
5									
6									
7									
8		Recherches documentaires + rédaction données de cadrage/ projet de mémoire + liste des contacts							PRÉPARATION ORAL ET MISE EN PAGE
9									
10									
11									
12									
13									
14	Recherches documentaires	Recherches documentaires + rédaction données de cadrage/ projet de mémoire + liste des contacts	Entretiens institutionnels / CAPPS + retranscription + remplissage grille d'analyse	Entretiens structures et personnes accompagnées		GRILLE D'ANALYSE		RÉDACTION	
15									
16									
17									
18									
19	Recherches documentaires + choix des hypothèses de départ + rédaction des intérêts pour le sujet	Recherches documentaires + rédaction données de cadrage + prise de contact	Entretiens institutionnels / CAPPS + retranscription + remplissage grille d'analyse	Entretiens structures et personnes accompagnées	Création d'un plan + création grille d'analyse				PRÉPARATION ORAL ET MISE EN PAGE
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28	Recherches documentaires + choix de la méthodologie	Recherches documentaires + rédaction données de cadrage + prise de contact (contacts institutionnels / SRA)	Entretiens institutionnels / CAPPS + retranscription + remplissage grille d'analyse + guide d'entretien structures et personnes accompagnées	Entretiens structures et personnes accompagnées	PAUSE MÉMOIRE	GRILLE D'ANALYSE			ORAL
29									
30	Recherches documentaires + rédaction données de cadrage		Prise de contact (structures et personnes accompagnées)	Entretiens structures et personnes accompagnées	GRILLE D'ANALYSE	GRILLE D'ANALYSE	RÉDACTION	RÉDACTION	
31									

Annexe 2 – Guides d’entretien

A. Guide d’entretien HAS

Rappeler au début de l’entretien que :

L’entretien est anonyme - possibilité de mentionner dans le mémoire que les propos sont relatifs à la HAS ?

=> Est-il possible d’enregistrer ? *Permet une retranscription plus fidèle des propos.*

Introduction

Pouvez-vous vous présenter, présenter votre fonction ?

Contexte de création du référentiel HAS

Pouvez-vous m’expliquer le contexte de création du référentiel d’évaluation des ESSMS créé par la HAS ?

Quelles ont été les directives / consignes à la création du référentiel ? Par qui ? (En plus de la loi du 24 juillet 2019 qui a fait évoluer les missions de la HAS)

Quels étaient les objectifs généraux à la création d’un nouveau référentiel ? Par rapport à l’ancien ?

La construction du référentiel

Étiez-vous présent(e) durant la période de construction du référentiel ?

Pouvez-vous m’expliquer la manière dont se sont construits les documents (manuel, référentiel, guide applicable aux évaluateurs) ?

Quels documents déjà existants avez-vous utilisés ?

De qui se compose l’équipe participante à la construction de ce référentiel ? Quels sont leurs professions/rôles ? Pourquoi ont-ils été choisis ?

Pouvez-vous me rappeler la chronologie de construction du référentiel ? Si pas présent durant la construction du référentiel : que savez-vous ?

La construction du référentiel s’est-elle faite avec les personnes accompagnées ? (*Oui selon le site de la HAS*)

Qui a été à l’origine de cette initiative ? (*Volonté de la HAS ou directive nationale ?*)

Quels modes de transmission pour l’appel à candidature ?

1100 réponses à l’appel à candidature (professionnels, PA, représentants) : quelles répartitions des profils ayant répondu ?

Quels étaient les profils des personnes accompagnées ? Les PA en EHPAD ont-elles répondu à l’appel à candidature ?

Finalement, combien de PA ont-elles participé ? Certaines étaient-elles en EHPAD ?

Concernant la consultation publique de la V0 du référentiel début 2021 : quels profils des répondants ? (*Des chiffres à donner ? transmettre par mail ?*)

Sarah HUET - Mémoire de l’Université de Rennes - École des Hautes Études en Santé Publique

Quels ont été les outils pour faire participer les personnes accompagnées (questionnaires, sondages, rencontres, FALC, ... ?)

Quels ont été les apports de cette participation ? Quelles en ont été les limites ?

Si c'était à refaire, que feriez-vous de similaire ? De différent ?

Évaluer la participation des personnes accompagnées

Avant ce référentiel, que connaissiez-vous de la manière des EHPADs d'intégrer la participation des personnes accompagnées dans la vie de l'EHPAD ?

Quels apports / nouveautés du référentiel HAS à propos de la participation des usagers ?

Quelle place à l'innovation, aux nouveaux modes de participation des usagers ? Quelle valorisation dans le cadre de l'évaluation ?

Faire participer les personnes accompagnées à l'évaluation

La méthode de l'accompagné traceur

Pouvez-vous m'expliquer cette méthode ?

Quelles similitudes et quelles différences avec le patient traceur dans le sanitaire ?

Les accompagnés traceurs sont-ils nécessairement différents des membres du CVS ? Pourquoi ?

Quels apports de cette méthode ?

- Pour les personnes accompagnées ? Dans la démarche d'évaluation et en aval de l'évaluation ?
- Pour les ESSMS ? Dans la démarche d'évaluation et en aval de l'évaluation ?
- Pour apprécier la qualité des prestations et de l'accompagnement en ESSMS ?

Quelles sont les limites de cette méthode ?

- Pour les personnes accompagnées ? Dans la démarche d'évaluation et en aval de l'évaluation ?
- Pour les ESSMS ? Dans la démarche d'évaluation et en aval de l'évaluation ?
- Pour apprécier la qualité des prestations et de l'accompagnement en ESSMS ?

La participation des autres personnes accompagnées à l'évaluation

Comment se déroule l'entretien avec le CVS ? (Un ou plusieurs membres du CVS dans le même entretien ?)

Quels sont les objectifs / apports de ces entretiens ? Quelles limites ?

Quels sont les autres modes de participation à l'évaluation des personnes accompagnées possibles ou dont vous avez connaissance ? (Questionnaire, ...) ?

Que permet l'obligation de transmission du rapport d'évaluation au CVS ?

Les organismes évaluateurs

Les organismes évaluateurs sont-ils formés à la participation des personnes accompagnées ? Selon quelles modalités ?

Sont-ils préparés à la méthode de l'accompagné traceur ? Si oui, comment ?

Quels risques si les organismes évaluateurs ne sont pas formés ?

Retour d'expérience après un an de diffusion du référentiel

Quels sont les retours globaux sur le nouveau référentiel d'évaluation des ESSMS ?

- De la part des ESSMS ?
- De la part des ATC ?
- De la part des personnes accompagnées / fédérations ?

Et sur la méthode de l'accompagné traceur ?

D'après les premiers rapports que vous avez-pu voir :

- Pouvez-vous me dire le niveau d'évaluation des critères à propos de la participation des personnes accompagnées en général ? Plutôt bons, plutôt mauvais ? Variable ?
- En particularités dans les EHPAD ?

=> **Suggestions de livres, articles, vidéos, reportages ?**

=> **Disposez-vous de données internes que je pourrai utiliser dans mon mémoire ? Par exemple, je pense à un EXCEL avec les taux d'atteinte des critères pour toutes les structures en France, ou par catégorie d'ESSMS (afin d'avoir des pourcentages sur les critères à propos de la participation des personnes accompagnées), les statistiques sur les profils des personnes ayant répondu à l'appel à candidatures, des 154 personnes participants à l'évaluation, des répondants à la consultation publique, ...**

B. Guide d'entretien CAPPS

Rappeler au début de l'entretien que :

L'entretien est anonyme - possibilité de mentionner que les propos sont relatifs au CAPPS ? Ou à une structure régionale d'accompagnement bretonne ? Ou "actrice de l'accompagnement en Bretagne ?"
=> Est-il possible d'enregistrer ? *Permet une retranscription plus fidèle des propos.*

Introduction

Pouvez-vous vous présenter, présenter votre fonction ?

Pouvez-vous me parler de la participation des personnes accompagnées en EHPAD en général ?

Quelles sont les spécificités de la population âgée en termes de participation en EHPAD ?

Évaluer la participation des personnes accompagnées

Pourquoi évaluer la participation des personnes accompagnées en EHPAD ?

Quelles sont les obligations des EHPAD en termes de participation des personnes accompagnées ?

Avant ce référentiel, que connaissiez-vous de la manière des EHPADs d'intégrer la participation des personnes accompagnées dans la vie de l'EHPAD ?

Quelle comparaison pouvez-vous faire avec l'ancien dispositif d'évaluation à propos de la participation des personnes accompagnées ?

Quels apports / nouveautés du référentiel HAS à propos de la participation des usagers ?

Quelle place à l'innovation, aux nouveaux modes de participation des usagers ? Quelle valorisation dans le cadre de l'évaluation ?

Faire participer les personnes accompagnées à l'évaluation

La méthode de l'accompagné traceur

Pouvez-vous m'expliquer cette méthode ?

Quelles similitudes et quelles différences avec le patient traceur dans le sanitaire ?

Quels apports de cette méthode ?

- Pour les personnes accompagnées ? Dans la démarche d'évaluation et en aval ?
- Pour les EHPAD ? Dans la démarche d'évaluation et en aval de l'évaluation ?
- Pour apprécier la qualité des prestations et de l'accompagnement en EHPAD ?

Quelles sont les limites de cette méthode ?

- Pour les personnes accompagnées ? Dans la démarche d'évaluation et en aval ?
- Pour les EHPAD ? Dans la démarche d'évaluation et en aval de l'évaluation ?
- Pour apprécier la qualité des prestations et de l'accompagnement en EHPAD ?

La participation des autres personnes accompagnées à l'évaluation

Au-delà des accompagnés traceurs, le manuel d'évaluation de la HAS indique qu'un entretien avec les membres du CVS est prévu lors de l'évaluation :

Comment se déroule cet entretien ? (Un ou plusieurs membres du CVS dans le même entretien ?)

Quels sont les apports de ces entretiens ? Quelles limites ?

Quels sont les autres modes de participation à l'évaluation des personnes accompagnées possibles ou dont vous avez connaissance ? (Questionnaire, ...) ?

Que permet l'obligation de transmission du rapport d'évaluation au CVS ?

Accompagnement par la Structure Régionale d'Appui

Quels sont les outils proposés par votre structure pour l'accompagnement des ESSMS dans l'évaluation sur le thème de la participation des personnes accompagnées ?

Y a-t-il des accompagnements pour la méthode de l'accompagné traceur ?

Quels sont les destinataires de ces formations dans les EHPAD ? (Personnes accompagnées, professionnels, direction, ... ?)

Selon vous, quels sont les apports d'un tel accompagnement pour les EHPAD ?

Quels sont les retours de la part des EHPAD sur cet accompagnement proposé ?

Retour d'expérience après un an de diffusion du référentiel

Quels sont les retours globaux sur le nouveau référentiel d'évaluation des ESSMS ?

- De la part des EHPAD ?
- De la part des personnes accompagnées ?

Et sur la méthode de l'accompagné traceur ?

=> **Suggestions de livres, articles, vidéos, reportages ?**

=> **Disposez-vous de données internes que je pourrai utiliser dans mon mémoire ? Ressources documentaires, nombre d'accompagnement sur le sujet de la participation des usagers pour les EHPAD**

C. Guide d'entretien pour gestionnaire ou fonction qualité des EHPAD

NB : Le guide d'entretien ci-dessous concerne les EHPAD ayant déjà réalisé leur évaluation. Un autre guide d'entretien a été élaboré pour les EHPAD qui n'avaient pas encore réalisé leur évaluation en enlevant certaines questions ou en modifiant la conjugaison des verbes.

Rappeler au début de l'entretien que :

Cet entretien n'est pas une évaluation. Il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses. Les réponses doivent être subjectives, exprimer en ressenti, une expérience.

L'entretien est anonyme.

=> Est-il possible d'enregistrer ? *Permet une retranscription plus fidèle des propos.*

Introduction

Pouvez-vous vous présenter, présenter votre fonction dans l'EHPAD ?

Pouvez-vous me présenter l'EHPAD, les personnes accueillies, ses spécificités ?

Qu'est-ce que la participation des personnes accompagnées pour vous ?

Quelles sont les spécificités de la population âgée en termes de participation en EHPAD ?

Selon vous, que veut dire « la participation des personnes accompagnées » dans le cadre de l'évaluation ?

Pouvez-vous me parler du nouveau dispositif HAS, ce que vous en avez compris, notamment en lien avec la participation des usagers ?

Avant la création de ce référentiel, quelles étaient vos pratiques en termes d'évaluation de l'accompagnement aux PA ? (Auto-évaluation, évaluation interne, ...)

La préparation de l'évaluation

Comment avez-vous préparé l'évaluation ?

Quels acteurs ? (Professionnels, usagers, ...)

Quelle temporalité ? (Combien de temps en amont de l'évaluation ? fréquence des réunions, ...)

Quels outils ?

Avez-vous fait appel à un acteur de l'accompagnement à l'évaluation en Bretagne (CAPPs, CREAI, ...) ? Pour quelles raisons ? Si oui : quels apports ?

A propos de l'évaluation des critères sur la participation des personnes accompagnées

Pouvez-vous me parler de la participation des personnes accompagnées dans votre établissement ?

En faire une autocritique ? (Aspects positifs comme négatifs)

Quelles sont les spécificités de la population âgée en termes de participation en EHPAD ?

Quels éléments identifiez-vous comme facilitant la participation des personnes ?

Quels éléments sont à l'inverse limitants ?

Quels risques, quels sont les écueils à éviter lorsqu'on fait participer les personnes ?

Selon vous, quels éléments sont évalués pour apprécier le degré de participation des personnes accompagnées ? Par quels moyens ces critères sont évalués par les évaluateurs ?

Comment préparez-vous l'évaluation de ces critères ?

Quels lien est fait avec les professionnels pour la préparation de ces critères d'évaluation ?

Selon vous, quelle place est laissée aux initiatives à propos de la participation des personnes accompagnées dans le référentiel HAS ?

Quels liens faites-vous avec le CVS sur la préparation de l'évaluation ?

A propos de la méthode de l'accompagné traceur

Étiez-vous familier avec cette méthode avant la préparation de l'évaluation ? (*Notamment dans le cadre de la méthode du patient traceur en établissement sanitaire*)

Comment vous-êtes-vous appropriez cette méthode ? (*Outils, partage d'expérience, formations, ... ?*)

Combien d'accompagnés traceurs y-a-t 'il eut dans votre établissement ?

Quels étaient leurs profils ? Comment ont-ils été sélectionnés ?

Comment ont-ils été accompagnés ? Par qui ?

Combien de temps en amont de l'évaluation cette "préparation" s'est-elle faite ?

Quels ont été le ressenti des accompagnés traceurs en amont de l'évaluation ? (*Heureux, source de stress, ... ?*)

En dehors de la méthode de l'accompagné traceur

Avez-vous inclus les autres personnes accompagnées à la préparation de l'évaluation ? Si oui :

- Quel(s) mode(s) d'inclusion ?
- Quel(s) outil(s) ?
- Quel(s) apport(s) / quelle(s) limite(s) pour la qualité de l'évaluation ?
- Quelle(s) difficulté(s) ?
- Quel(s) apport(s) / quelle(s) limite(s) pour les habitants de l'EHPAD ?

Si non : Pourquoi ?

Quels apports et limites identifiez-vous à l'inclusion des personnes accompagnées à la préparation de l'évaluation ?

Lors de la visite d'évaluation

La méthode de l'accompagné traceur

Qui était présent lors des entretiens avec les accompagnés traceurs ? (*Présence ou non d'un professionnel, d'un aidant ?*)

Quels ont été le ressenti des accompagnés traceurs ? (*Heureux, source de stress, ... ?*)

Quels sont selon vous les apports de cette méthode ? Les limites / les difficultés (*rencontrées ou anticipées mais finalement non rencontrées*) ?

- Pour la gouvernance de l'EHPAD ?
- Pour la personne accompagnée qui participe ?
- Pour la qualité de l'évaluation ?

A propos des autres personnes accompagnées

Ces personnes ont-elles été incluses lors de la visite des évaluateurs ? Si oui :

- Comment, par quel(s) moyen(s) ?
- Quel(s) apport(s) et quelle(s) limite(s) ou difficulté(s) ?

Si non : Pour quelles raisons ?

Quel(s) apport(s) et limite(s) identifiez-vous à l'inclusion des personnes accompagnées à la visite de l'évaluation ?

Les évaluateurs

Pouvez-vous me parler de l'attitude des évaluateurs envers les personnes accompagnées ?

Pour vous, leur attitude permettait-elle une bonne participation des personnes accompagnées lors de l'évaluation ? Pourquoi ?

Après l'évaluation

Quelles transmissions des données aux membres de l'EHPAD (PA, professionnels ?)

Quelle(s) perspective(s) pour l'avenir voyez-vous à l'issue de l'évaluation ?

Quels changements dans les pratiques ? Lesquels ?

Conclusion

=> Autres éléments à donner ?

=> Remerciements

C. Guide d'entretien pour personne accompagnée en EHPAD

NB : Le guide d'entretien ci-dessous concerne les personnes accompagnées dans les EHPAD n'ayant pas encore réalisé leur évaluation. Effectivement, seul ce guide a pu être utilisé sur le terrain, aucune personne accompagnée dans un EHPAD ayant déjà réalisé son évaluation n'ayant pu me répondre.

Rappeler au début de l'entretien que :

Cet entretien n'est pas une évaluation. Il n'y a donc pas de bonnes ou mauvaises réponses. Les réponses doivent être subjectives, exprimer un ressenti, une expérience.

L'entretien est anonyme. Aucun membre de l'EHPAD ne saura ce qui s'est dit dans cet entretien.

=> Est-il possible d'enregistrer ? *Permet une retranscription plus fidèle des propos.*

Introduction

Pouvez-vous vous présenter ? Votre parcours de vie, votre arrivée à l'EHPAD ?

Avez-vous un rôle particulier à l'EHPAD ? Si oui, lequel ? (membre CVS, ...)

Pour vous, qu'est ce que la participation des personnes accompagnées dans l'EHPAD ?

La préparation de l'évaluation

Question de départ : Pouvez-vous me parler de la préparation de l'évaluation ?

Le fait de participer à l'évaluation, est-ce un choix de votre part ?

Avez-vous été choisi ? Si oui, avez-vous pu exprimer votre avis ?

Comment avez-vous su que vous alliez participer à l'évaluation ?

Comment préparez-vous l'entretien de l'évaluation ?

- Avec qui ?
- Combien de fois avant l'évaluation ?
- Comment ?

Que pensez-vous de cette préparation ? (utile ? nécessaire ? influence ?)

Quel est votre ressenti avant l'évaluation ? (appréhension, excitation, ... ?)

Lors de la visite d'évaluation

Savez-vous qui sera présent lors des entretiens avec les évaluateurs ? (Présence ou non d'un professionnel, d'un aidant ?)

Que pensez-vous du fait de faire des entretiens avec des personnes qui vivent dans l'EHPAD pour évaluer la qualité de l'EHPAD ? Qu'est-ce que cela permet ou ne permet pas ?

Sur quoi pensez-vous être interrogé ?

Après l'évaluation

Avez-vous appris des choses durant la préparation de l'évaluation ? Si oui, lesquelles ?

Pensez-vous qu'il y aura des changements dans l'organisation de la vie à l'EHPAD à la suite de l'évaluation à propos de la participation des résidents ? Si oui, lesquels ?

Quels changements aimeriez-vous voir dans l'EHPAD sur la participation des résidents ?

Conclusion

=> Autres éléments à donner ?

=> Remerciements

Annexe 3 – Liste des acteurs interrogés

Identification de l'enquêté	Fonction – lieu d'exercice / de vie	Date de l'entretien	Durée de l'entretien	Modalités	Remarques
Interlocutrice de la HAS	HAS	22 avril 2024	50 min	Visio	En amont de l'entretien, la personne souhaitait avoir mes questions. Je lui ai fourni uniquement les thématiques de mon guide d'entretien sans fournir les questions précises.
Interlocutrice du CAPPS	Cadre de santé au sein du CAPPS	29 avril 2024	1h 15 min	Visio	En amont de l'entretien, je connaissais déjà, dans le cadre de mon alternance, l'interlocutrice avec qui j'ai réalisé cet entretien. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes tutoyées durant l'entretien.
Directrice de l'EHPAD 1	Directrice	16 mai 2024	45 min <i>Temps passé dans l'EHPAD : 4H30</i>	Au sein de l'EHPAD, dans le restaurant	EHPAD de 72 habitants, géré par un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). Cet EHPAD n'avait pas encore réalisé son évaluation au moment de l'entretien. Elle doit intervenir six mois plus tard. L'EHPAD se compose de quatre "villages" avec des profils d'habitants dans chaque village différent. 70 % des habitants souffrent de troubles cognitifs.
Personne accompagnée 1	Habitante de l'EHPAD 1	16 mai 2024	30 min	Au sein de l'EHPAD, dans la chambre de la personne accompagnée	Habitante depuis 3 ans de l'EHPAD. Membre du CVS. Dispose de son propose studio dans l'EHPAD. Les raisons de son arrivée en EHPAD : problème de perte d'équilibre. Opération de l'œil. Fracture de l'humérus, opérée de cette fracture puis orientée en SSR. Elle ne souhaitait plus retourner à domicile par appréhension que quelque chose lui arrive.
Qualiticien EHPAD 2	Responsable qualité - gestion des risques et relations usagers au sein du CH	17 mai	1H20	Au sein de l'EHPAD, dans le bureau du qualiticien	EHPAD de 138 résidents, géré par un Centre Hospitalier (CH). Cet EHPAD n'avait pas encore réalisé son évaluation au moment de l'entretien. Elle doit intervenir six mois plus tard. Le CH dispose au total de trois sites d'EHPAD. Je suis allée sur un des sites, les deux autres se trouvent dans une autre ville et disposent de 175 places pour les deux sites.

					Le CH dispose d'une activité sanitaire soumise à la certification HAS. Il participe à une organisation qualité commune au sein du GHT.
Personne accompagnée 2	Résidente de l'EHPAD 2	17 mai	23 min	Au sein de l'EHPAD, dans la chambre de la personne accompagnée	Résidente depuis deux ans à l'EHPAD. Elle habitait dans une autre région auparavant. À la suite d'un AVC, sa fille a recherché un EHPAD proche de chez elle.
Cadre de santé de l'EHPAD 3	Cadre de santé	29 mai	50 min	Visio	EHPAD de 80 résidents, cet établissement est un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) géré par un groupe relevant du Régime Général de la Sécurité Sociale. Lors de l'entretien, l'évaluation avait eu lieu depuis sept mois. Plus de la moitié des résidents de l'EHPAD souffrent de troubles cognitifs. Leurs logements se situent sur les trois niveaux de l'EHPAD.

Complément d'annexe : Liste des acteurs pour lesquels j'ai pu extraire les propos dans des webinaires

Identification de l'acteur	Fonction – lieu d'exercice / de vie	Date du webinaire	Durée de l'intervention	Modalités	Remarques
Responsable qualité de l'EHPAD du webinaire HAS	Responsable qualité	22 novembre 2023	15 min	Webinaire “Le grand tour du nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS - étape bretonne”	C'est lors de ce webinaire que j'ai choisi ma thématique de mémoire.
Directrice de l'EHPAD 4	Directrice	10 juin 2024	20 min	Webinaire “Les midis de la qualité n°5 - Rien sur nous sans nous”	EHPAD de 48 résidents géré par un CCAS. L'évaluation de l'EHPAD s'est déroulée huit mois avant le webinaire. L'interlocutrice a été sollicité par le CAPPS pour faire un retour d'expérience de l'évaluation dans l'EHPAD, principalement sur le sujet de la participation.

Interlocutrice du CREAI	Consultante santé	10 juin 2024	15 min	Webinaire “Les midis de la qualité n°5 - Rien sur nous sans nous”	
------------------------------------	-------------------	--------------	--------	---	--

Annexe 4 – Modèles de prise de contact avec les EHPAD

A. EHPAD ayant déjà réalisé son évaluation

Madame, Monsieur bonjour,

Actuellement étudiante en Master 2 de Santé Publique : pilotage des politiques et actions en Santé Publique à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes, je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Je suis également alternante à l'Agence Régionale de Santé Bretagne en appui aux missions relatives à la qualité du médico-social, principalement sur le thème des évaluations.

J'effectue mon mémoire sur le sujet de la **participation des personnes accompagnées dans le cadre du nouveau dispositif d'évaluation de la Haute Autorité de Santé (HAS)**. Je m'intéresse plus particulièrement à la participation des personnes accompagnées en EHPAD.

Ayant connaissance, notamment par la programmation des évaluations publiée par arrêtés, que vous avez réalisé votre évaluation durant l'année 2023 ou en ce début d'année 2024, je me permets de vous contacter afin d'obtenir un retour d'expérience de la part de votre EHPAD sur la participation des personnes accompagnées dans le cadre de l'évaluation.

En ce sens, je vous sollicite afin de réaliser des entretiens au sein de votre EHPAD à propos de ce sujet. Je souhaiterai en effet réaliser des entretiens à la fois avec un ou deux accompagnés traceurs ayant participé à l'évaluation mais aussi avec un professionnel (qualiticien, professionnel du soin ou membre de la gouvernance) ayant participé aux différents travaux autour de l'évaluation et l'inclusion des personnes accompagnées à l'évaluation. Les entretiens avec les personnes accompagnées se dérouleront en présentiel tandis que l'entretien avec le professionnel pourra, au besoin, se dérouler en visioconférence.

Ces entretiens porteront sur deux sujets :

- Évaluer la participation des personnes accompagnées
- Faire participer les personnes accompagnées dans le cadre de l'évaluation

Avant toutes choses, je souhaite vous informer que mon rôle au sein de l'ARS Bretagne et la réalisation de ce mémoire sont deux choses bien distinctes. **L'ensemble des entretiens réalisés seront anonymes** et les informations obtenues lors de ces derniers ne seront en aucun cas associées à une personne ou à un EHPAD en particulier.

L'objectif de ce mémoire est de **mettre en avant l'association entre la personne, sa participation et le nouveau dispositif d'évaluation de la HAS**. Il est destiné à obtenir **un retour d'expérience des EHPAD** sur le sujet, mettre en lumière les apports mais aussi les limites et les difficultés rencontrées afin d'en extraire des préconisations.

Ce mémoire n'est en aucun cas un matériau qui sera pris en compte dans l'évaluation de votre établissement. La seule évaluation prise en compte par les autorités de tarification et de contrôle est celle réalisée par l'organisme évaluateur que vous avez choisi.

Je reste disponible par mail à l'adresse suivante : sarah.huet@edu.ehesp.fr ou bien par téléphone au 06 42 16 88 95.

Je vous remercie par avance pour le temps pris à la lecture de ce mail ainsi que pour la réponse que vous m'en ferez. Obtenir un entretien avec un.e membre de votre équipe ainsi qu'avec des résidents serait réellement un atout pour la réalisation de ce mémoire.

Bien cordialement,

B. EHPAD n'ayant pas encore réalisé son évaluation

Madame, Monsieur bonjour,

Actuellement étudiante en Master 2 de Santé Publique : pilotage des politiques et actions en Santé Publique à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes, je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Je suis également alternante à l'Agence Régionale de Santé Bretagne en appui aux missions relatives à la qualité du médico-social, principalement sur le thème des évaluations.

J'effectue mon mémoire sur le sujet de la participation des personnes accompagnées dans le cadre du nouveau dispositif d'évaluation de la Haute Autorité de Santé (HAS). Je m'intéresse plus particulièrement à la participation des personnes accompagnées en EHPAD.

Ayant connaissance, notamment par la programmation des évaluations publiée par arrêtés, que vous devez réaliser votre évaluation dans le courant de l'année 2024, je me permets de vous contacter afin de comprendre comment l'EHPAD se saisit de la question de la participation des personnes accompagnées dans le cadre de l'évaluation.

En ce sens, je vous sollicite afin de réaliser des entretiens au sein de votre EHPAD à propos de ce sujet. Je souhaiterai en effet réaliser des entretiens à la fois avec un ou deux accompagnés traceurs (si ils sont identifiés dès à présent) mais aussi avec un professionnel (qualiticien, professionnel du soin ou membre de la gouvernance) participant aux différents travaux autour de l'évaluation et l'inclusion des personnes accompagnées à l'évaluation.

Ces entretiens porteront sur deux sujets :

- Évaluer la participation des personnes accompagnées
- Faire participer les personnes accompagnées dans le cadre de l'évaluation

Aussi, si cela est possible dans votre calendrier et que vous l'acceptez, je suis volontaire pour observer une réunion de travail à ce sujet au sein de votre EHPAD.

Avant toutes choses, je souhaite vous informer que mon rôle au sein de l'ARS Bretagne et la réalisation de ce mémoire sont deux choses bien distinctes. L'ensemble des entretiens réalisés seront anonymes et les informations obtenues lors de ces derniers ne seront en aucun cas liées à une personne ou à un EHPAD en particulier.

L'objectif de ce mémoire est de **mettre en avant l'association entre la personne, sa participation et le nouveau dispositif d'évaluation de la HAS**. Il est destiné à **obtenir un retour d'expérience des EHPAD** sur le sujet, mettre en lumière les apports mais aussi les limites et les difficultés rencontrées afin d'en extraire des préconisations.

Ce mémoire n'est en aucun cas un matériau qui sera pris en compte dans l'évaluation de votre établissement. La seule évaluation prise en compte par les autorités de tarification et de contrôle est celle réalisée par l'organisme évaluateur que vous avez choisi.

Je reste disponible par mail à l'adresse suivante : sarah.huet@edu.ehesp.fr ou bien par téléphone au 06 42 16 88 95.

Je vous remercie par avance pour le temps pris à la lecture de ce mail ainsi que pour la réponse que vous m'en ferez. Obtenir un entretien avec un.e membre de votre équipe ainsi qu'avec des résidents serait réellement un atout pour la réalisation de ce mémoire.

Bien cordialement,

Annexe 5 – Grille d'analyse des verbatims

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims
Participation des personnes en EHPAD	Les formes « traditionnelle » de participation en EHPAD	<p>CAPPS : « c'est essentiellement via le Conseil de la vie sociale qu'elle participe aux organisations des établissements médico-sociaux » Le CVS est une instance officialisée qui « permet moins d'être dans l'innovation ». Elle explique cela par le fait que le CVS est un plus grand groupe, ce qui donne peut-être moins l'opportunité d'évoquer la vie de l'EHPAD en elle-même. (À rapprocher du fait que les membres du CVS ne sont pas que des résidents).</p> <p>CAPPS : sur le projet personnalisé « ils participent forcément à la démarche de projet personnalisé, c'est le rôle de la démarche, ils sont acteurs, donc forcément dans la démarche de projet personnalisé ils participent ». Cependant, dans le projet personnalisé, le résident est acteur et participe mais pour lui, pas vraiment pour le collectif alors que dans le CVS, les résidents sont acteurs pour le collectif. Parfois les demandes du résident dans le cadre de son projet personnalisé vont amener l'EHPAD à revoir son organisation (exemple de séances de piscine exemple tourner vers l'extérieur le plus souvent, mais ce n'est pas l'objectif principal du projet : « ça va peut-être [...] questionner le collectif dans un second temps, mais c'est d'abord centré sur lui. »)</p> <p>CAPPS : pour l'interlocutrice du CAPPS, la participation de la personne commence avant même son entrée en EHPAD par le recueil de son consentement : « c'est déjà là, à ce moment-là, que on l'intègre dans sa participation à la vie de l'établissement »</p> <p>Personne accompagnée 1 : fait partie du CVS « ah bah c'est très important, il faut observer ce qu'il se passe à l'intérieur de l'établissement et puis être à l'écoute aussi des habitants. »</p> <p>Personne accompagnée 1 : a recueilli la parole des habitants « en parlant, on est vraiment très libre bien sûr, dans les couloirs »</p> <p>Personne accompagnée 1 : apprécie le rôle au CVS « si je peux rendre service, tout à fait, j'ai encore les capacités, c'est important, je suis encore en vie (rire) »</p> <p>Personne accompagnée 1 : trouve qu'elle participe à l'amélioration de l'établissement à travers le conseil (CVS), « certaines personnes se plaignaient de certaines choses on en a fait part et ça a été remis dans l'ordre et tout, c'est important oui. »</p> <p>Personne accompagnée 2 : elle fait partie du CVS « alors j'étais un peu perdue au départ, je me disais qu'est-ce que je vais pouvoir dire, donc je dis ce qui va ou ce qui ne va pas selon ce que j'entends dans le couloir. » Elle peut s'exprimer sur l'animation, sur l'accompagnement et les soins apportés, les aménagements.</p>
	Les apports de la participation	Personne accompagnée 1 : « ça nous conforte, on ne se sent plus comme des numéros, on est encore vivants, on nous demande notre avis, on est des vivants. »

	<p>Personne accompagnée 1 : participer apporte également à la vie de l'établissement « parce que les familles elles le voit quand elles viennent, donc y en a beaucoup qui nous remercient. [...] y a vraiment un contact, c'est humain.»</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « La participation des personnes c'est au CVS bien sûr dans les instances classiques. »</p>
<p>Les spécificités des personnes âgées sur la participation</p>	<p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « bien sûr qu'il faut écouter les personnes [...] mais on n'a pas de CVS, on a voulu créer un CVS, on a voté et dès qu'on a fait le CVS, une personne est décédée, il faut re-voter », « alors qu'avec d'autres moyens cela est possible d'entendre la voix des habitants »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « ce qui est limitant c'est notre regard, si on a décidé de se dire qu'ils ne sont pas en capacité de participer, c'est nous qui allons décider, rarement la personne âgée, alors bah d'abord elle est âgée, elle va se sentir diminuée, rares sont celles qui vont prendre l'étandard et qui vont dire « dit donc j'ai encore ma place. De toute façon ils sont dans une vulnérabilité, et que les enfants leurs ont dit qu'ils sont vulnérables et qu'on les place parce qu'ils sont vulnérables. Si nous on part de cet a priori et qu'on les regarde en disant, « ils sont faibles » on ne va pas leur demander de participer, par contre si on leur dit qu'ils peuvent encore participer bah on va les laisser faire plein de choses. La potentialité, ... »</p> <p>Personne accompagnée 1 : « les personnes arrivent de plus en plus tard et les personnes sont de moins en moins valident, au niveau de la mémoire aussi, c'est dommage, c'est dommage. Mais on arrive aussi à des âges avancés aussi. Et y a que quand on peut plus qu'on accepte de venir ici, parce qu'on sait pas ce qui nous attend. On avait une mauvaise image des maisons de retraite oui.»</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « entre le moment où on a fait notre première réunion de travail avec le CVS et aujourd'hui (1 an et demi après) certainement qu'il y a une bonne moitié qui ne sont plus avec nous aujourd'hui, c'est vrai qu'il y a du mouvement.»</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : à propos de l'enquête de satisfaction « on s'est rendu compte que nos résidents arrivent quand même de plus en plus tardivement et on s'aperçoit qu'ils nous quittent assez rapidement après leur entrée donc on a décidé de refaire des enquêtes de satisfaction tous les ans. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « on a du mal à faire vivre notre CVS, on a aussi des résidents qui veulent pas être enquiquinés et faire partie d'instance, ça les inquiète pour certains « qu'est-ce que je vais devoir faire, je suis pas capable, ... » donc c'est assez compliqué parfois de constituer un CVS et de le faire vivre. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « l'évaluation du CVS c'était en 2022 et au moment de l'évaluation, peut-être que tous les résidents qui ont participés à l'évaluation ne seront plus là. »</p>

	<p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « diffuser l'information aussi c'est compliqué, certains ne veulent pas participer aux animations, donc on va avoir du mal à les faire venir à une réunion d'information par exemple. L'âge aussi, les personnes que l'on accueille en EHPAD sont souvent très âgées et si on les accueille c'est que le domicile n'est plus possible, donc parfois l'état de santé est très diminué donc la vie sociale est compliquée. On a des personnes très dépendantes, et je pense particulièrement dans nos établissements hospitaliers. Les GIR et les pathos sont plus élevés. Donc la participation repose sur quelques individus, c'est ça la difficulté. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « je dirais que l'un des freins c'est leurs problèmes sensoriels en fait, on a énormément de résidents qui sont sourds, qui entendent moins et pas toujours appareillés [...] ou dans une grande salle ceux qui sont appareillés ce n'est pas facile non plus. Donc on place un membre de l'équipe entre certains résidents et quand je parle le temps de la réunion, on fait des petites pauses le temps que les aides-soignants et les professionnels traduisent un peu ce que je viens de dire. Je pense que ça c'est un frein quand-même et c'est pas évident de tenir une réunion. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « on avait une crainte aussi c'est qu'une personne du CVS parle beaucoup de sa situation personnelle, de celle de sa mère, c'est ce qu'elle fait déjà dans le CVS et ça n'a pas raté. »</p>
Évaluer la participation	<p>CAPPS : Évaluer la participation c'est « Comment être en phase avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et la législation ? » puisque la législation « elle invite ou elle oblige les établissements à intégrer la personne accompagnée ou ses proches en tant qu'acteurs. »</p> <p>CAPPS : « Il y a des outils de l'évaluation qui sont l'accompagné traceur et puis tous les éléments de preuve qu'on va aller rechercher pour évaluer la participation effective du résident et ses proches dans la vie à la vie de l'établissement. » Les éléments de preuves sont à retrouver dans le référentiel mais elle cite : la traçabilité des participations, le questionnaire de satisfaction, le registre des plaintes et réclamations, les comptes rendus de CVS, les feuilles d'émargement ... mais aussi les photos, les coupures de journaux, ... »</p> <p>Personne accompagnée 2 : « moi je trouve ça très bien, il faut qu'il y ait des personnes qui regardent si ça se passe bien ou pas. Et venant de l'extérieur ça peut être intéressant oui de discuter, échanger, comme ils voient comment ça se passe dans les autres EHPAD aussi. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « on a fait des résidents traceurs avant, ils savaient, ils connaissaient. On en fait tout au long de l'année, on en fait un a deux par an en EHPAD. »</p>
En dehors des obligations légales, qu'est-ce que la participation pour les EHPAD	<p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « d'abord on les appellent les habitants donc ça pour nous c'est très très important, ils sont pas que résidents, ils sont habitants donc ça veut dire qu'il y a un conseil citoyen, ça veut dire que derrière on leur demande leur avis et même si on a des troubles cognitifs majeurs on peut donner son avis « oui ou non ou peut être » et ce qui peut nous sembler des bêtises mais eux ce ne sont pas des bêtises, et ce sont des choses qu'on doit prendre en considération »</p>

	<p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « la particularité de notre établissement c'est qu'on part sur la potentialité des habitants donc on ne part pas sûr « ils savent plus faire ça donc ils ne peuvent pas faire » mais qu'est-ce qui nous dit qu'ils ne peuvent pas faire en fait est-ce que c'est moi qui pense qu'ils peuvent pas faire ? Est-ce que je leur ai donné les moyens de ne pas faire ? Est-ce que je leur ai donné les moyens de faire ? »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : à propos des ODDJ d'un CVS « avant les questions des résidents et des familles arrivaient tout à la fin, c'est réunion là ça dure 1H30 2h hein et malheureusement les résidents au bout de 2h certains sont très fatigués, donc on a fait le choix aussi que maintenant, les questions des résidents et des familles apparaissent en premier point, comme ça ils peuvent s'exprimer en début de la séance. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « en fin d'année dernière, on a fait un audit avec l'IDE hygiénistes. Les résidents ont rempli une grille sur l'hygiène justement, les professionnels, le port des bijoux, sur le lavage des mains des professionnels enfin ce genre de chose et pour la première fois ce sont tous nos résidents qui ont évalués les pratiques et c'était très intéressant. Ça c'est une manière de participer. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Pour l'expression de la parole il y a aussi la commission « menu » qui se réunit trois/quatre fois par an où on va discuter plus alimentation. Là on a commencé le comité des habitants où on aborde toutes les questions qui nous semblent importantes et aussi celles qu'eux veulent aborder. On a eu le premier le mois derniers et ils étaient très nombreux. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « on a le café papote qui a lieu plusieurs fois par semaine aussi et ce sont des thèmes qui choisissent eux d'aborder et s'ils n'ont pas d'idées c'est l'animatrice qui propose. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : « mise en place de Café Papote, tous les 3 mois, qu'on a mis en place avant l'évaluation et l'objectif c'est de les pérenniser. L'occasion pour moi d'échanger avec une dizaine de résidents et qui permet de donner un peu l'actualité de l'établissement. Ça a été l'occasion de leur lire les documents de la loi du 2 janvier 2002 et puis d'échanger sur l'organisation de cette évaluation externe. »</p> <p>La participation est facilitée par un environnement favorable à cette participation</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « on ne soigne pas dans le Nord comme on soigne en Bretagne, [...] on est pas du tout sur les mêmes profils, les mêmes attentes, les mêmes vies [...] c'est tout un écosystème à prendre en compte et pourtant faut qu'on rentre tous dans la même case. Là regardez dans notre restaurant c'est des choses qu'on a été chercher dans des hôtels restaurants [...] sinon on va avoir toujours les mêmes chaises roses, vertes ou bleues, mais non je suis désolé, chez nous, chacun à ses propres meubles, nous on fait qu'avec des récups [...] mais ça je ne peux pas le rentrer dans la case. »</p> <p>Personne accompagnée 1 : « le personnel est très souriant, ils n'ont pas de tenues, ils sont en civil donc il n'y a pas de barrière, c'est vraiment super [...] on a la salle à manger en bas, on a l'impression d'être en extérieur, il y a le menu que l'on peut choisir, c'est vraiment agréable. Et il y a pleins d'activités, c'est riche. On participe à la décoration si on veut. J'ai fait des choses là il n'y a plus qu'à les placer »</p>
--	---

		<p>Personne accompagnée 1 : « on partage beaucoup de choses, c'est extraordinaire, notre directrice est vraiment super elle a toujours des idées. [...] et toute l'équipe, tout le monde participe et c'est bien. »</p> <p>Personne accompagnée 1 : « les personnes se lèvent à l'heure qu'elles veulent, déjeunent à l'heure qu'elles veulent [...] moi je dis « XXX (nom de l'EHPAD), c'est pas un EHPAD, c'est une maison de famille », parce qu'il y a un esprit de famille, y a même une dame qui m'a dit qu'elle se croyait en colonie de vacances. »</p> <p>Personne accompagnée 1 : « le personnel est très content aussi de travailler ici, ils ne sont pas chronométré pour faire les toilettes [...] on a pas l'impression d'être en maison de retraite du tout, on est chez nous »</p> <p>Personne accompagnée 1 : « c'est important d'écouter les personnes, c'est notre lieu de vie aussi, alors c'est vrai que la direction à son mot à dire aussi mais bon. »</p>
	La participation nécessite une acculturation des professionnels	<p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « le soignant est un accompagnateur et non pas un soignant je crois que c'est ça notre donc automatiquement il [l'habitant] participe »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « c'est les accompagnateurs qui sont dans leur lieu de vie, c'est chez eux, ce n'est pas chez nous »</p>
Le référentiel d'évaluation HAS	Contexte / construction du référentiel	<p>HAS : “Globalement, le constat, c'est que l'ancien dispositif n'était pas assez contraignant et professionnalisant.”</p> <p>HAS : “il a été construit tout d'abord en élaborant des groupes de travail par thématique avec les professionnels de terrain et les personnes accompagnées.”</p> <p>HAS : “il y a eu un cabinet, hein qui a accompagné le service pour la construction de ce référentiel parce qu'il a fallu faire plusieurs groupes de travail sur les différentes thématiques. Donc ça a été un travail assez long et donc la HAS s'est fait accompagner par un cabinet extérieur.”</p> <p>HAS “l'équipe qui a réalisé le référentiel est partie en expérimentation auprès de 20 ESSMS toujours dans différents secteurs”</p> <p>HAS : “le référentiel, il s'est construit à partir de rien ... c'est pour ça que les groupes de travail ont été très importants. C'est parce qu'il fallait de la matière, hein. Bien sûr, il y avait des recommandations, il y avait des ... mais vraiment cette construction, elle est partie de rien</p>

	<p>La participation des personnes à la construction</p>	<p>HAS : "il a fallu faire un appel à candidature, avec évidemment un passage obligé à notre service de déontologie, donc, avec les déclarations publiques d'intérêts pour voir évidemment si les intervenants, les acteurs, pouvaient participer à ces groupes et s'ils n'avaient pas d'intérêt trop important pour risquer de créer un conflit d'intérêts"</p> <p>HAS : "154 candidats retenus pour ces groupes de travail et donc y en a eu dans tous les secteurs ... 14 personnes qui ont participé à ces groupes"</p> <p>HAS : "toute la partie participation des personnes accompagnées de toute façon c'était l'objectif numéro un, c'était de faire participer la personne à ce référentiel" => parmi les 4 orientations stratégiques</p> <p>HAS : "tout s'est construit autour d'elle et donc du coup il a été construit avec les professionnels et les personnes accompagnées. Et aussi les retours d'expérience de l'expérimentation, ça a beaucoup nourri, je pense"</p>
	<p>Les apports du référentiel</p>	<p>CAPPS : « Le nouveau référentiel apporte des outils, l'ancienne méthode n'apporte pas d'outils aussi précis qui permettent d'évaluer. [...] le nouveau référentiel avec ces outils offre ou oblige de manière incontournable à associer le résident et à les rechercher [...] et ça, c'est bien pour moi. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « alors ça ça existait pas avant, c'est arrivé dans le cadre du manuel et donc depuis on présente le bilan des plaintes et des réclamations au CVS, ça existait dans la partie sanitaire mais pas dans le médico-social. C'était pas du tout dans les textes relatifs au CVS jusque-là. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « la grande avancée pour moi c'est évidemment le résident traceur et aussi la transversalité des thématiques. »</p> <p>CREAI : « ce dispositif mobilise pour la première fois, dans ses méthodes d'évaluation, directement la participation, à travers cette méthode de l'accompagné traceur et à travers également l'entretien avec le CVS que la visite d'évaluation prévoit. Deux méthodes qui mobilisent clairement l'usager dans le dispositif d'évaluation, à la fois côté évaluation et aussi visite d'évaluation avec un évaluateur. »</p>
	<p>Standardisation du référentiel</p>	<p>HAS : à la suite de la grande consultation publique, de nombreux retours et de modifications à réaliser : "les personnes ont commencé à voir s'il était vraiment applicable à son secteur, alors le secteur et donc du coup ça, ça a généré vraiment des retours et donc ça, c'était très positif parce que l'objectif c'est quand même que ce référentiel parle et touche tous les secteurs. Même s'il se décline en fonction des secteurs."</p> <p>HAS : "bon, il y a encore des petits, des questions, le secteur social et médico-social est tellement vaste et on se rend compte tous les jours qu'il y a des structures qui questionnent encore et donc nous on n'a pas, ... je ne dirais pas qu'on n'a pas de réponse, on a des réponses types, hein, bien sûr, mais y a des cas où il faut vraiment se creuser et se poser la question, les critères applicables ? Enfin, vraiment, il y a des spécificités dans les secteurs. Voilà, il faut en prendre compte."</p>

	<p>HAS : « Le choix des cotations n'est pas forcément facile hein ? On le sait, entre le 1 et le 2, bah déjà entre le 3 et le 4 et alors le 4 est étoile [...] Les éléments de preuve aussi sont là pour guider, donc c'est vraiment, on peut pas dire dans telle situation, ce sera du 2 ou ce sera du 3. On peut pas, c'est vraiment à l'organisme et il est en mesure, normalement, il est formé, il est, il est pertinent pour juger. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : “il faut rentrer dans des cases”, “on ne rentre pas dans les cases”, “dans quelle case on le met ça”, “comment on le valorise ça si ça peut pas rentrer dans des cases ?”, “nous on est déjà au-delà de ça, de ces critères”</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : “on a rencontré l'évaluateur et moi je lui ai dit “on a pas de projet personnalisé, mais par contre on a ça, ça et ça” et il me dit “ah oui mais c'est mieux” je dis “bah oui mais on le met où ça dans le référentiel” et il me dit “ah oui c'est vrai, bah on va s'arranger” mais voilà déjà premier arrangement.”</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « je trouve que la difficulté c'est ce cadre qui est quand-même très, ... c'est un cadre très institutionnel négatif et en fait ce cadre ne nous laisse pas la chance de pouvoir montrer l'innovation, ce cadre est enfermant. Ce que je trouverai intéressant c'est qu'il y ait un cadre mais que dans ce cadre-là peut-être à travers nos expériences nous de terrain, qu'on fournisse ce cadre et pour en faire justement une force pour amener le politique demain à prendre des décisions sur l'accompagnement de nos aînés » « si on veut mentir on ment, je peux faire en sorte de ne pas être épinglée mais est-ce que j'ai montré ma vraie nature, quelles sont les forces de ma structure ça c'est pas possible avec cette évaluation »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « y a à redire sur cette notion de cotations parce qu'une note sur quatre bon, c'est drôlement fichu. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : il trouve que le référentiel laisse place aux initiatives, « oui bien sûr, c'est sûr que c'est des critères assez précis et strict mais justement il faut mettre en avant les initiatives, tout ce qui peut être outils innovants il ne faut pas hésiter à le mentionner et ça peut être un plus avec les évaluateurs dans le cadre du rapport. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « on a réussi je trouve à mettre des choses, oui pour moi ça laisse complètement la place à l'innovation et y en a beaucoup. »</p>
Sanitarisation	<p>HAS : sur le nom « accompagné traceur » s'inspire du patient traceur dans la méthode de certification des établissements sanitaires</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « on s'aperçoit que la HAS a fait un petit peu un copier-coller du manuel du sanitaire pour le médico-social » (au sujet de la présentation des plaintes et des réclamations aux CVS par exemple « alors que ce n'est pas du tout dans le décret (inclure note de bas de page n° décret) des missions du CVS ».</p>

	L'appropriation du référentiel	<p>CAPPS : la participation des personnes ayant des troubles cognitifs est plus limitées, elle implique la participation des proches. Cependant, l'exigence de participation est un nouvel élément par rapport à l'ancien dispositif d'évaluation : « on va rechercher la vie des proches que le résident soit en mesure ou pas de participer de façon très active, les anciennes recommandations n'avaient pas ces exigences là et ces outils-là »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « qui est tout neuf pour nous [...] en terme d'évaluation externe, nous en tant qu'établissement médico-social, nous avons eu une visite mais y a 10 ans maintenant [...] jusque-là on s'appuyait sur une bibliothèque de recommandations de bonne pratiques, là aujourd'hui c'est recentré dans un seul et unique manuel d'évaluation qui fait toujours référence à ces recommandations de bonnes pratiques, donc il a fallu qu'on s'approprie ce manuel d'évaluation et qu'on réalise notre évaluation interne.»</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « c'est ma bible aujourd'hui » en parlant du référentiel</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Les questions aussi, franchement déjà nous professionnels de santé, certaines rubriques il a fallu qu'on les relise plusieurs fois, à plusieurs, y a quand-même des énoncés qui sont assez difficiles. J'ai trouvé aussi que y avait pas mal de redite, pas mal de croisement de données dans ce référentiel mais donc pas mal de redites et on avait l'impression de se répéter tout le temps. »</p>
	Évaluation / inspection / contrôle <ul style="list-style-type: none"> • Les craintes des ESSMS • Différences de gestionnaires 	<p>HAS : en parlant des organismes évaluateurs « et on a bien dit que l'évaluation n'était pas un contrôle, un audit ou une inspection, donc les évaluateurs ne doivent pas se comporter comme des inspecteurs. »</p> <p>CAPPS : « L'évaluation, elle est faite pour non pas sanctionner, mais vérifier si les droits de la personne accompagnée sont bien respectés. »</p> <p>CAPPS : « Globalement, les établissements ont une certaine crainte de cette évaluation, plus ou moins importante, mais et assez paradoxalement, même les grosses structures qui semblent avoir des gros staffs sont pas forcément très très préparés. Oui parce que souvent y a une politique qualité bien définie mais très ciblées certif (pour les gestionnaires hospitaliers) [...] et effectivement, ils ne sont pas forcément plus préparés que les petits établissements à mon sens globalement. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : lorsque j'explique que l'évaluation n'est pas une inspection « bah ça l'est quand-même un peu [...] de toute façon je ne rentrerai pas dans les cases donc déjà ça m'inquiète, je vais avoir peut-être des zones de très grandes faiblesses parce que ça ne correspond pas à l'item qui y a marqué là. Et que pourtant je fais mais différemment »</p>
	Généralités	<p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « pour préparer cette évaluation externe on a mené des évaluations internes à partir d'un groupe de travail qui a été constitué de professionnels volontaires, pluridisciplinaires que</p>

La préparation de l'évaluation en EHPAD	<p>ce soit médecin coordonnateur, cadres de santé, et puis après infirmières, AS, ASH, AMP, on a essayé d'avoir un groupe représentatif des professionnels et puis on a passé en revue l'ensemble des critères du manuel d'évaluation. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « Ça peut être le risque certaines fois c'est qu'on s'y prenne un peu trop tard sur certaines choses et qu'on mette des actions en place mais qui sont un peu trop récente et on n'a pas trop l'occasion de montrer aux évaluateurs que c'est une routine en fait »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « il nous a fallu quatre séances de travail avec les professionnels, entre juin et décembre de l'année dernière. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « on a commencé un an avant, [...] on a été beaucoup accompagné par le pôle qualité de « nom de l'organisme gestionnaire » qui se déplace dans les établissements au besoin. [...] sur place on a la chance d'avoir une infirmière qualité RAAC qui est en place sur l'établissement. Elle a été très précieuse, une fois le référentiel est sorti, on a essayé de répondre à toutes les demandes. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Une semaine avant je n'avais toujours pas le calendrier définitif, je l'ai eu juste avant et franchement ça a été compliqué d'imaginer changer tous les plannings. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « on a la chance d'avoir fait une visite à blanc, on s'est entraîné, 5 mois avant environ. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : « dans le cadre d'un entraînement, avec un infirmière coordinatrice d'un établissement voisin, on a réalisé 3 résidents traceurs, donc on a interrogé 3 résidents et les équipes ont également été mise en situation suite aux interrogations faites aux résidents. »</p>
La préparation des documents	<p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : émet des craintes sur les éléments de preuve demandé dans le référentiel qu'elle n'a pas toujours puisque : «ça se fait beaucoup avec des réunions informelles, des réunions de couloir on appelle ça [...] on fait peu de réunion planifiée, avec un ordre du jour, avec une date fixée à l'avance. Ce qui fait évoluer les pratiques c'est quand y a un sujet, une problématique, on la pose, on on en parle, les personnes intéressées s'arrêtent, en discute, on planifie une réunion si besoin mais ce sont des réunions planifiées en fonction des problématiques»</p> <p>“ce ne sont pas des réunions pour faire des réunions [...] on n'a pas de compte-rendu”</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « on a repris l'ensemble des documents, règlement intérieur, livret d'accueil, tout ce qu'on nous demande, et puis de dire « est-ce qu'on est encore en cohérence », on avait pas forcément réactualiser tel document on a découvert aussi qu'il y avait des choses obsolètes, que derrière on a refait notre CVS, même si aujourd'hui notre CVS il ne sert pas à grand-chose, pas en tant que telle, attention, il a de la valeur mais pas comme il doit être décrit dans la loi »</p>

	<p>La préparation des équipes</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « j'ai alerté les collègues, je leur ai donné les dates, ils savent que c'est au mois d'octobre, que derrière on va retravailler les 150 critères, on y arrive en douceur mais il y a encore plein de manquement »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « le fait de retourner vers les équipes avec ces éléments-là (<i>les entretiens avec les AT</i>) ça les sensibilise aussi à la démarche que les évaluateurs auront avec eux quand ils viendront. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « je sais que certains de mes collègues soignants vont la subir parce qu'ils ne sont pas dedans tous les jours et donc ça peut inquiéter. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « on a fait énormément de réunions d'équipes, on leur a fait des fiches mémos pour chaque grand thème qui été abordé dans le référentiel, on reprenait les exigences de la HAS et comment nous on y répondait. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Dans notre structure il y a déjà toute cette locomotive avec le SMR aussi, avec le sanitaire, et c'est ce qu'on essaye de faire aussi, de ce dé sanitariser et on y arrive. »</p>
	<p>La préparation avec les personnes accompagnées</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « on a fait des entretiens avec les accompagnés traceurs, on a préparé, mais c'est pas représentatif de l'ensemble de notre résidence parce que automatiquement on s'est adressé aux personnes qui avaient la possibilité de nous répondre et encore c'est déjà tellement complexe les questions qu'on a, pour eux ben il faut les reformuler, il faut essayer de les remettre dans le contexte dans lequel ils vivent donc est-ce que déjà on pipe pas quand on reformule pour la compréhension de la question moi j'en suis pas certaine » « derrière on prend une question mais on aimerait tellement en prendre d'autres parce qu'on se dit « bah oui mais on pas creusé là, on nous demande ça mais en même temps ça ne représente pas ce qu'on fait » »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « les premiers rendez-vous c'était en avril pour une évaluation en octobre/novembre ». </p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : sur le ressenti des AT : « ils n'en voient pas l'utilité [...] on n'a peut-être pas présenté comme il fallait non plus. [...] et on nous a dit « ah bon, je vais m'appeler comme ça, bon bah d'accord s'il faut » »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « et moi quelque part je pense que ça peut être anxiogène, ... [...] la grand-mère elle ne se posait pas cette question-là, elle se dit « bah non pourtant moi ça je trouvais bien, mais puisque vous me posez la question, ce n'est pas bien alors ? » et bah ça peut être anxiogène en fait. »</p> <p>Personne accompagnée 1 : « on ne sait pas dans quel but, c'est un questionnaire mais bon, qui va l'étudier, qui va, ... et pour la direction c'est flou aussi »</p>

	<p>Personne accompagnée 1 : y a des questions auxquelles je n'ai pas répondu parce que je ne comprenais pas le sens et XX (la stagiaire) non plus »</p> <p>Personne accompagnée 1 : « on m'a proposé, c'est pareil la directrice elle cherchait des personnes qui sont aptes à répondre, mais on n'est pas nombreux malheureusement, et on se demande dans quels objectifs, dans quel but ils font ça, qu'est-ce que ça va faire avancer, pour nous je ne vois pas ce qu'il peut y avoir d'amélioration. Dans les autres EHPAD oui certainement. On est souvent interviewé déjà, y a des journalistes qui viennent, y a la télévision. »</p> <p>Personne accompagnée 1 : sur son ressenti « pas de stress du tout non, on se demande juste à. Quoi ça va servir. Mais moi je vais dire juste comment ça se passe. »</p> <p>Personne accompagnée 1 : préparer cette évaluation ne lui a pas apporter « non nous on va dire ce qu'on vit ici, on sait déjà ce qu'on vit, on espère juste que ça va apporter aux autres. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « sur le volet des représentants des usagers, il y a des évaluations spécifiques qui portent notamment sur le fonctionnement du CVS et pour répondre à cela moi j'ai réuni [...] les deux CVS, des deux sites, de manière un peu exceptionnelle pour solliciter nos représentants, des résidents et des représentants des familles autour des critères d'évaluation du fonctionnement du CVS. [...] ça a été une vraie réunion de travail, où on a parcouru ensemble les critères de l'évaluation relatifs au fonctionnement du CVS, au partenariat qui peut y avoir entre l'établissement et les résidents et les familles. Ça nous a permis d'identifier des pistes d'amélioration et c'était volontaire de notre part de le faire suffisamment à l'avance (2 ans avant la date d'évaluation) de manière à pouvoir mettre en œuvre les actions suffisamment tôt dans le temps. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : lors de la prépa des entretiens « j'ai repris vraiment ses mots hein là. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « mon souhait ça serait que les résidents qu'ils vont choisir aient pu participer à un entretien du même type avec moi auparavant. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « moi je leur parle pas d'évaluation, je leur dit qu'on va être visité par des personnes, et quand je viens faire les AT, je leur dit bien que c'est dans le cadre d'un entretien avec eux pour recueillir leur ressenti, l'appréciation de leur séjour chez nous, ... »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIIC) : « ceux qui n'avaient pas de troubles cognitifs on a vraiment lancé les choses un mois avant, ça ne servait à rien de les alarmer plus que ça avant, on est allé les voir, l'infirmière qualité, le médecin coordinateur. Ça a permis de dédramatiser, de le dire que ce qu'on attendait d'eux ce jour-là c'est qu'ils racontent leur vie, comment ils vivaient ici voilà ; Certains me disaient, on a peur de dire des bêtises mais je leur disais « mais vous ne direz pas de bêtises, vous allez raconter votre quotidien, vous inquiétez pas, on sera interrogé de notre côté aussi donc vous dites</p>
--	--

	<p>les choses telles que vous les ressentez aussi. Mais guère plus que ça, pour ces résidents, on les a laissés autonomes là-dessus</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : « pour les résidents il fallu prendre le temps de bien expliquer ce que cela engendrer parce que finalement eux quand on leur pose la question de comment ils se sentent ou ... il a fallut pas mal les préparer sur les thématiques. Après les évaluateurs ils s'adaptent en fonction de la population mais il a été un peu difficile de donner envie aux résidents [...] il a fallu faire un travail collectif avec la psychologue, les animatrices, d'explication, de communication auprès des résidents pour leur donner envie de participer parce qu'ils ont toujours un peu une appréhension de s'exprimer face à une personne extérieure. Donc on les a accompagné, on les a rassuré et on a réussi à avoir les volontaires nécessaires. »</p>
Les outils/moyen mis en œuvre	<p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « on a suivi le cadre légal pour préparer l'évaluation »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « j'ai pris une stagiaire parce que je pense qu'il fallait que je prenne de la hauteur [...] et de me dire qu'il faut peut-être un œil extérieur »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « j'ai utilisé des méthodes, des outils que vont utiliser les experts quand ils vont venir nous voir que sont les accompagnés traceurs, j'en ai déjà mené un certain nombre, alors on a déjà l'habitude de ces outils-là dans l'établissement parce que dans le cadre de la certification sanitaire on a déjà le patient traceur qui existe [...] on l'a étendu et même avant que le manuel arrive je l'avais déjà étendu moi au médico-social notamment en faisant des entretiens croisés, inter-établissements avec des accompagnés [...] entre le sanitaire, et nos établissements médico-sociaux, entre le SSR et l'EHPAD, j'ai interrogé une personne sur ça, sur son transfert et ça me permet de garder un œil sur la qualité dans le sanitaire. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « ça c'est les éléments de la réunion de préparation à l'évaluation avec le CVS avec une grille dédiée à l'entretien avec les membres du CVS, je me suis appuyé sur la grille du référentiel [...] avec nos remarques et nos actions d'amélioration. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « j'ai décidé d'aller voir un résident par mois [...] donc je demande au cadre suffisamment à l'avance, est-ce que y a un ou deux résidents que je pourrais rencontrer, qui sont rentrés dans l'établissement assez récemment, et qui soit capable de discuter avec moi [...] je vais les rencontrer une première fois, pour leur expliquer l'objectif et que je souhaite les rencontrer dans le cadre d'un entretien pour préparer l'évaluation. Et je leur remets ce document-là, qui explique un peu les modalités [...] et on fixe une date ensemble et je leur laisse ce coupon dans la chambre. [...] je leur demande bien évidemment leur consentement, c'est important. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « à partir du fichier EXCEL de la HAS (<i>le mettre en Annexe</i>), j'ai fait un filtre sur « la personne » et j'ai pu en extraire tous les éléments qui allait être échangé avec le résident. Et donc suite à mon entretien, mon échange avec le résident, j'en fait une synthèse qui me permet d'aller échanger avec l'équipe et au final d'aboutir à un rapport. Et donc je classe les critères, je mets des notes, alors c'est mon</p>

	<p>appréciation à moi, peut-être que l'évaluateur n'aura pas les mêmes, c'est expert-dépendant. [...] et donc de tous ces éléments là l'idée c'est que des choses soient faites après, on a un suivi de ces plans d'actions. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « à l'issu de la première évaluation, du balayage des critères avec le groupe de travail j'ai tout saisi dans la plateforme d'évaluation, Synaé, ce qui m'a permis d'obtenir ces petits graphiques (<i>mettre un exemple en annexe</i>), ce que l'évaluateur fera aussi. Donc ça c'est le retour des équipes. »</p>
L'inclusion des familles	<p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « j'ai fait une note aux familles expliquant la procédure d'évaluation externe, qui explique ce que c'est, de quoi on parle, quand elle aura lieu, qui sont les évaluateurs qui vont venir, ce qu'ils veulent voir, et après la visite à quoi ça va servir derrière. Ça leur permet d'être informé de la vie de l'établissement aussi. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Il a fallu qu'on contact les représentants légaux des résidents qui ne pouvaient pas s'exprimer seuls. Donc on s'est organisé pour que soit les représentants légaux ou les enfants soient présents le jour de l'entretien. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Là où on a peut-être filtré le choix des résidents c'est sur les familles, les familles trop compliquées on n'est pas allé les solliciter pour cette chose là en plus. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « pour les familles, les représentants légaux qui ont été interrogés, on a pas pu les prévenir tant que ça avant parce qu'on a mis du temps à savoir qui aller être sélectionnés. Donc en amont on avait prévenu l'ensemble des familles des résidents que nous on avait sélectionnés, en leur disant bien qu'on saurait au dernier moment s'ils seraient appelés ou pas et dès qu'on a eu la liste des résidents j'ai prévenu ceux qui étaient sélectionnés ou ceux qui ne l'étaient pas. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Nous ça a été le gros point noir ça a été que les horaires ont pas du tout été respectées si bien que j'avais les deux familles des deux résidents qui ont attendu je pense plus d'une heure dans la chambre, donc moi je faisais des va et vient pour aller m'excuser [...] c'était moyen et j'avais une dame qui commençait à perdre patience à juste titre. Surtout qu'on fait déplacer les familles, qui viennent exprès pour leur rendez-vous, c'est un peu moyen, c'est dommage. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : « les familles on a réussi à leur communiquer par l'usage de courriers et de Famileo sur cette évaluation externe, on a pas eu beaucoup d'interrogations et de retours, les personnes ont pris les informations mais on a pas eu plus de retours que ça. »</p>
L'évaluation au fil de l'eau	<p>Personne accompagnée 1 : l'évaluation se fait tout au long de l'année « on se prépare pas d'avance et c'est le vécu, quand quelque chose ne va pas, ça change, on attend pas »</p>

		Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « l'enquête de satisfaction ça on faisait déjà, elle se fait de façon périodique auprès des résidents et des familles. Ils peuvent s'exprimer librement sur ce qu'ils pensent de l'établissement. On le faisait jusque-là tous les 3 ans.»
La visite d'évaluation	Le déroulé de la visite	<p>HAS : Lors de la construction du référentiel “les retours qui ont été le plus soulevés c'est sur la méthode, la méthode en fait, l'enchaînement des entretiens “qui ? quoi ? pendant combien de temps ?” … des retours sur l'ordonnancement en fait aussi des séquences « dans quel ordre ? » Les professionnels avant ou les accompagnés traceurs avant enfin bref et toute la méthodologie. »</p> <p>HAS : « dans la méthode de l'accompagné traceur, y a un planning type »</p> <p>HAS : « on dit bien de ne pas interroger des personnes, les mêmes personnes sur plusieurs séquences. Un professionnel qui serait également membre de la gouvernance, ne peut pas être interrogé sur le côté professionnel et membre de la gouvernance. » => de même que les membres du CVS interrogés ne peuvent pas être AT</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « l'évaluateur m'a donné ses exigences, c'est de telle heure à telle heure, tel jour, j'aurai besoin de voir les traceurs ce jour-là, je passerai ici, le lendemain je ferai un peu le matin je ferai un peu le soir. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : ne sait pas si l'entretien se déroulera en chambre ou à l'extérieur de la chambre</p> <p>Personne accompagnée 1 : ne sait pas comment va se passer la visite « mais même XX (la stagiaire) ne le sait pas »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « trois jours de visites pour l'ensemble des trois sites à raison de deux évaluateurs »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « donc le veille de la visite on devra à tous leur demander leur consentement et puis bah ils nous appelleront pour savoir si ces 10 résidents là sont toujours là ou pas, si le consentement a été recueilli ou pas et si toutefois il y a eu des disparitions entre temps, ils vont nous demander de compléter la liste et puis le matin même de la visite aussi parce que malheureusement un résident qui était apte la veille au soir et leur arrivée le lendemain il peut y avoir des complications et même chose le matin même on se remettra d'accord parmi cette liste définitive. Jusqu'au dernier moment il y aura une adaptation de la liste. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « le planning sera calé un mois avant, à la demi-heure près, on saura où sera chacun, quand, comment ? [...] et donc ça sera une demi-heure trois quart d'entretien avec l'AT, dans la foulée l'évaluateur rencontrera une partie de l'équipe, ça va durer aussi une demi-heure trois quart d'heure où l'évaluateur posera plus ou moins les mêmes questions qu'au résident. Et aussi on leur présentera les éléments de preuves. »</p>

		<p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : ne sait pas si l'entretien se déroulera en chambre ou à l'extérieur de la chambre mais « moi quand je fais ce type d'entretien je le fais en chambre, parce que c'est chez eux, ils sont chez eux. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « on a même fait un entretien par visio pour un résident où sa fille était en Suisse. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : « pendant l'évaluation, le premier jour on fait la visite des locaux et directement les deux évaluateurs se sont rendus auprès des résidents pour interroger trois résidents dans la liste des 6 résidents pré sectionnés. Ça a été leur première action dans l'établissement. »</p>
<p>La méthode de l'accompagné traceur</p>	<p>Les généralités sur la méthodologie</p> <p>Le profil des AT</p>	<p>HAS : Lors de la construction du référentiel et lors du tests des premières évaluations : “Bah je vois pour vous, pour votre secteur, la personne âgée, quel temps on pouvait attendre d'un entretien avec un accompagné traceur. Il ne faut pas que ce soit trop long pour ne pas fatiguer la personne, mais il faut quand même un temps suffisamment intéressant pour avoir de la matière.”</p> <p>HAS : “on souhaite des profils variés pour rendre compte de l'accompagnement et des différents types d'accompagnement au sein d'une structure”</p> <p>HAS : “c'est le croisement de l'expérience de la personne et des professionnels qui l'accompagnent. On interroge la personne pour ensuite interroger les professionnels qui l'accompagnent. Et donc c'est apprécier la qualité des pratiques, euh au quotidien, donc c'est tout le chapitre 1 bien sûr et donc on remet la personne au centre du dispositif et on sent bien par ce cette partie-là par ... ces 3 accompagnés traceurs minimum je le rappelle ... c'est d'être actrice de son parcours donc chose qui n'était pas forcément faite dans l'ancien dispositif ou en tout cas elle n'était pas formalisée comme tel.”</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « quand on a dû réfléchir au résidents traceurs ça n'a pas été simple parce qu'il fallait une mixité entre hommes et femmes, ça nous a été demandé, il fallait aussi qu'on est aussi bien des personnes souffrant de troubles cognitifs que des personnes complètement autonome et n'ayant pas de troubles cognitifs. [...] on a essayé aussi d'avoir des résidents qui souffraient de différentes pathologies pour permettre de voir tout ce qui était mis en place avec ces personnes-là. On a essayé d'avoir une vision un peu générale des choses. On a aussi fait des choix et on a choisi un cas qui est très complexe pour nous, ce n'est vraiment pas le dossier le plus facile à exposer parce qu'il y avait énormément de difficultés, donc si vous voulez on a pas choisi la facilité. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : « déjà on a du choisir des résidents en mesure de s'exprimer ou alors avec une famille assez présente qui était capable de s'exprimer pour le résident parce qu'on a pas toujours des familles qui sont très présentes aussi, donc on a déjà réduit, au vu du nombre de résidents accueillis dans notre structure. »</p>

Le nombre d'AT	<p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : 5 AT dans cet établissement (pour 72 résidents) « déjà 5 on a été les chercher les 5 hein, alors c'est la présidente du CVS, la vice-présidente du CVS, c'est des personnes avec des troubles moindres »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « de ce qu'ils m'ont expliqué déjà les évaluateurs, les premiers échanges, ils envisagent de rencontrer cinq résidents sur l'ensemble des 138 + 175 donc c'est pas beaucoup, c'est pas beaucoup mais c'est comme ça »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : sélection de plus de 10 dossiers, avec 3 ou 4 AT réalisés finalement</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : « nous avons solliciter 6 résidents puisque ça fait partie des demandes des cabinets avant leur intervention. Il faut l'accord des résidents au préalable pour participer à cette évaluation externe. »</p>
// avec le patient traceur	<p>CAPPS : « ce sont deux méthodes parallèles, les cotations ne sont pas les mêmes [...] les cheminements sont totalement parallèles, les supports sont différents mais les deux démarches sont identiques. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : ne connaissait pas la méthode « c'était à l'hôpital pas chez nous, et j'avoue qu'aujourd'hui encore concrètement c'est mettre des mots mais ça ne correspond pas à grand-chose »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « ça fait longtemps qu'on travaille sur ce résident traceur puisqu'on a le SSR qui est accolé et donc soumis à la certification. Donc nos services qualités et communication avaient fait une grille pour le médico-social un peu sur ce modèle. »</p>
Les apports de la méthodo	<p>HAS : pour l'ESSMS « c'est toujours bien d'avoir les retours »</p> <p>CAPPS : méthode qui est « hyper valorisante, de l'accompagnement du résident et hyper valorisant des pratiques professionnelles au sens large du terme [...] elle met en lumière le ressenti des résidents sur son parcours, sur sa vie, dans l'établissement. »</p> <p>CAPPS : le retour des établissements est très positif, les établissements sont agréablement surpris puisque les AT disent à la fois ce qui n'est pas bien mais aussi ce qui fonctionne bien.</p> <p>CAPPS : « les résidents sont extrêmement satisfaits qu'on vienne leur demander leur avis »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « ça me permet d'aller rencontrer les résidents, d'être au plus proche d'eux et de discuter simplement avec eux, c'est là qu'on recueille pas mal d'informations quand-même hein. »</p>

	<p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : les professionnels ont très bien perçu la participation des personnes « on a trouvé pertinent de commencer l'évaluation par les entretiens auprès des résidents. C'est le cœur de notre métier aujourd'hui [...] c'est les mieux placés. » = donne du sens à la démarche d'évaluation.</p>
Les limites et freins de la méthode	<p>HAS : lorsqu'une structure doit avoir X AT, le double doit être présélectionnés par l'établissement. Les AT qui participeront à l'évaluation seront choisi le jour J cependant : « cette variable va peut-être également être modifiée parce que on se rend bien compte qu'il y a des demandes sur cette question de choisir les accompagnateur traceurs le jour J ça pose des questions de d'organisation pour les familles, parfois d'enfants accompagnés, de voilà donc bon c'est en en réflexion »</p>
	<p>HAS : difficulté d'anonymat des AT : « Le nom des personnes est anonymisé. Donc on ne doit pas dans les rapports identifier les personnes, même si évidemment, l'établissement ou le service sait très bien les personnes qu'il a présenté et certainement les personnes qui sont retenues [...] mais on ne doit pas avoir d'éléments, si c'est un homme ou une femme, l'âge ou voilà des éléments qui permettraient de de reconnaître les paroles d'une personne. » La HAS rappelle aussi lors de ses temps d'informations aux organismes évaluateurs les règles de l'anonymat permettant de bien retranscrire les propos dans le rapport d'évaluation tout en conservant l'anonymat de la personne. »</p>
	<p>HAS : subjectivité et pas d'éléments de preuve demandé aux AT : « c'est du déclaratif » => est-ce vraiment une limite ? C'est un souhait de rendre plus spécifiques l'évaluation.</p>
	<p>CAPPS : les limites de cette méthode, à mon sens, ce sont chez les résidents qui présentent de gros troubles cognitifs ou qui sont seuls et qui n'ont pas d'accompagnement des proches [...] si on veut aller rechercher des points bien précis, y a probablement une limite à cette méthode-là, du côté recueil du résident, on aura probablement le retour de l'équipe et la traçabilité dans le dossier des éléments preuves, mais on aura probablement une petite limite. »</p> <p>CAPPS : une limite à l'articulation des méthodes avec l'AT c'est le turnover puisque « si on a pas durant les entretiens une personne qui est là depuis suffisamment longtemps ou qui connaît le résident depuis son accueil bah y a une partie qui va manquer »</p>
	<p>CAPPS : l'acculturation à cette méthode peut être longue, peut prendre du temps et les établissements le font remarquer, cependant une fois que les établissements l'ont déjà fait c'est ensuite très rapide. Il faut cependant l'expérimenter : « et puis un an après, quand tu n'as pas expérimenté cette méthode-là, Ben ça tombe dans les oubliettes. »</p>
	<p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « automatiquement on a pris les moins dépendants »</p>
	<p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « la difficulté c'est pour nos résidents avec des troubles cognitifs, on a eu beau les préparer, leur parler, évidemment le jour de la visite ils ne se rappelaient plus qu'on leur avait expliqué tout ça. »</p>
	<p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : « on a bien évidemment solliciter 6 personnes en mesure de s'exprimer et qui ont pu signer un formulaire validant leur participation. »</p>

		<p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : les résidents « ont exprimé que c'était beaucoup de questions, mais les résidents étaient globalement satisfaits. Ils ont pas exprimés énormément de choses après. Donc la difficulté pour les résidents c'est qu'ils ressentent un peu ces interrogatoires, . c'est trop long pour eux finalement. Après ils écourtent au maximum mais ils trouvent ça quand-même un peu long le temps d'aborder chaque thématique. La capacité de concentration n'est pas toujours la même. »</p> <p>L'accompagnement CAPPS/CREAI</p> <p>CAPPS : le CAPPS a été précurseur sur la HAS pour utiliser cette méthode dans leurs accompagnements des ESSMS puisqu'elle a commencé en 2018 comme un « outil dédié à l'évaluation des pratiques et des organisations ». Dans ce cadre, le CAPPS a pu créer des grilles d'entretien au regard des recommandations de bonnes pratiques et des supports de la HAS du côté de la certification dans le sanitaire. Ces grilles concernent, les personnes accompagnées, leurs familles et les professionnels.</p> <p>CAPPS : le consentement est recueilli par les établissements. Rares sont ceux qui refusent dans le cadre de l'accompagnement CAPPS (environ 2% de refus à la louche)</p> <p>CAPPS : de possibles difficultés – les entretiens avec les professionnels dans l'auto-évaluation et pas forcément avec le résident « comment je pars d'un recueil d'expériences de résident et comment je vais réinterroger les pratiques et les organisations au sein de l'établissement. »</p> <p>CAPPS : « je les invite à considérer cette méthode là comme une évaluation des pratiques et des organisations en dehors du champ de l'évaluation »</p> <p>CREAI (lors du webinaire) : sur les enjeux d'instrumentalisation « des bases importantes avant même qu'on commence à aller regarder de plus près les différents aspects du référentiel, peut-être se mettre d'accord sur ce cadre, c'est ce qu'on en attend, qu'est-ce qu'on peut mettre au dialogue, avec des outils qui existent. »</p> <p>CREAI (lors du webinaire) : échelle de la participation inspirée de Sherry Arnstein « quel est le niveau d'implication dans la décision finale des personnes mobilisées dans le dispositif de participation. »</p>
La compilation des méthodes	Articulation entre entretiens professionnels et AT pour l'évaluation	<p>HAS : « la personne qui est interrogée, elle n'a pas d'éléments de preuve à donner, c'est après la partie entretien avec les professionnels ou les professionnels vont pouvoir donner des éléments de preuve »</p> <p>CAPPS : pour évaluer la participation des personnes il faut aussi aller « questionner les soignants sur la manière dont ils intègrent les résidents » = utilisation de la méthode du traceur cible et de l'audit système</p> <p>CAPPS : dans l'accompagnement CAPPS, proposition de faire dès la sortie de l'entretien avec le résident, un entretien avec les professionnels « et là ça a porté vraiment ses fruits ». « Certains professionnels se sentaient un peu [...] agressés par les questions des évaluateurs et disait « mais on a l'impression d'être devant un tribunal ». L'objectif d'allier les deux méthodes et de s'entretenir avec une équipe « pour valoriser ce qu'elle fait et puis identifier, au regard du discours du</p>

		<p>résident et de son dossier les écarts de pratique ». Cela permet « de recentrer l'entretien avec l'équipe comme étant un entretien valorisant et non pas une inspection ».</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « ça me permet après d'aller confronter les réponses des résidents avec les réponses des professionnels aussi et aussi de regarder la notion de traçabilité dans les dossiers [...] Qu'est ce qui va me permettre de savoir qui dit vrai bah c'est « prouvez-le moi » moi je veux que le professionnel soit capable de me montrer que dans le dossier il a bien tracé [...] Ça me permet aussi de sensibiliser les professionnels au passage sur la traçabilité »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « il peut y avoir la crainte des représailles aussi donc je suis prudent sur ce que j'écris dans ma synthèse pour pas que les professionnels se sentent blesser par certains commentaires. » => ce que fait ce responsable qualité mais aussi ce qu'on peut attendre de l'évaluateur extérieur</p>
Dans la préparation de l'évaluation		<p>Personne accompagnée 1 : « on parle entre nous, donc c'est ce que les gens ressentent aussi, on n'a pas fait ça tout seul »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : lors de la préparation, articulation des méthodes qui a permis aux professionnels « de comprendre les attentes de ce dispositif »</p>
Entretien avec le CVS		<p>HAS : l'entretien avec le CVS se fait quand la structure est soumise, le critère est « déclenché »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « on a pris une famille du CVS quoi »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPI) : « on a fait l'entretien avec le CVS durant cette visite à blanc, on avait fait des points d'étapes aussi, on avait présenté le référentiel. Après tous les comptes-rendus de CVS sont tracés et donc je pense qu'ils savaient sur quels sujets aller avec les représentants. Là on avait un stress fou de la part de certains, des familles surtout et de nos résidents aussi [...] »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : « on a fait des réunions de préparation avec le CVS, pour sensibiliser les résidents sur l'évaluation externe avec la grille disponible sur le logiciel AGEVAL, on a utilisé le support déjà prêt ».</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : « les 3 résidents interrogés dans l'accompagné traceur ne sont pas ceux qui participent au CVS comme ça ils ont pu avoir 6 regards différents. »</p>
Les autres modes de participation à l'évaluation	Innovation	<p>HAS : ce qui est le plus souvent retrouver c'est le « questionnaire de satisfaction »</p> <p>HAS : « s'il y a d'autres formes de participation, on a invité de toute façon les organismes enfin, les intervenants à retracer dans la partie commentaire de vraiment décrire tout ce qui est fait. »</p>

		<p>HAS : à propos de la cotation « étoile » : « si jamais une pratique va au-delà de ce qui est attendu, alors parfois les, les organismes ont la main lourde sur les étoiles et on rappelle que ce n'est pas une pratique qui va au-delà de l'attendu [...] mais il y a des bonnes pratiques, vraiment, qui se sont faites et donc là cotation étoile elle est quand même là pour donner une petite indication »</p> <p>CAPPS : d'autres formes de participation « d'autres instances moins officielles mais qui ont plusieurs intitulés comme « partageons ensemble les pratiques » ou « partageons ensemble » [...] « parlons de vous, parlons de nous ». Il y a des intitulés qui sont assez intéressants, qui ne sont pas des CVS mais qui sont finalement des instances organisées par les animatrices ou organisées par l'encadrement ou des psychologues qui finalement réunissent les personnes âgées et choisissent des thèmes où ce sont les personnes âgées qui choisissent les thèmes eux-mêmes. »</p> <p>CAPPS : certaines idées émanent du souhait des résidents qui font des petits groupes de partage mais pas toujours au sein du CVS : exemple dans un EHPAD de vidéos de présentation où les résidents sont volontaires pour être filmer afin d'améliorer l'entrée en EHPAD</p>
Les liens avec l'organisme évaluateur	L'accréditation et la formation des organismes évaluateurs	<p>HAS : à propos de la méthodologie de l'accompagné traceur « y a pas de formation, y a pas de formation à proprement parler en fait mais ces méthodes d'entretien, quelles qu'elles soient d'ailleurs, hein, que ce soit l'accompagné traceur, les professionnels ou la gouvernance, ... chaque organisme accrédité, il doit garantir en fait les expériences et les compétences des évaluateurs. »</p> <p>HAS : sur la méthodologie des entretiens « chaque organisme se doit d'être garant de cette bonne pratique et de ces intervenants et ça va conditionner forcément la qualité des entretiens »</p>
	Les attentes que l'on peut avoir pour le lien évaluateur / personne accompagnée	<p>HAS : ce qui est attendu pour aller évaluer une structure « la maîtrise du référentiel [...] maîtriser la méthode d'évaluation puisque on va pas non plus faire n'importe quoi dans le désordre, et cetera, donc c'est vraiment maîtriser l'ordre, l'ordonnancement des entretiens et la méthode d'évaluation.</p> <p>HAS : précise aussi que l'évaluateur doit avoir une bonne posture, adaptée en fonction de son interlocuteur « Et également la posture, la posture de l'évaluateur, hein, qui est adaptée au public [...] parce que si ce sont des enfants, des personnes âgées, des personnes handicapées, y a des personnes qui ne parlent pas français, donc qui a besoin d'un interprète, ce qui ont des difficultés à s'exprimer. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « je suis très dubitative par rapport à eux, quelle est leur connaissance du terrain, alors bienveillant oui, on l'a bien compris mais ils arrivent comme des sachants et est-ce qu'ils connaissent les réalités du quotidien ? »</p> <p>CAPPS : l'évaluateur doit être capable de percevoir des éléments de son point de vue de professionnel que le résident n'identifie pas nécessairement comme des points d'amélioration : « identifier au final des petites choses, mais on va pas rechercher des, on va pas rechercher des éléments extraordinaires hein, on peut tomber de façon très hasardeuse sur des</p>

	<p>points que le résident n'a pas identifié comme étant des points d'amélioration, mais que nous, professionnels, parce qu'on connaît les pratiques et les organisations, on va les identifier, je pense à des questions de coordination, de gestion des risques, du circuit du médicament, au risque de chute, de dénutrition... »</p> <p>CAPPS : « il est possible qu'au début, certains évaluateurs n'étaient pas acculturés à la démarche, aux démarches d'évaluation [...] mais aujourd'hui j'ai plutôt l'intuition que ça s'est uniformisé quand-même »</p> <p>CAPPS : « C'est un constat partagé par la quasi-totalité des établissements, c'est que les questions évaluatives sont pas toutes identiques de d'organismes évaluateurs à un autre. Donc, il y a probablement des organismes évaluateurs qui sont un peu plus souples que les autres. Quand je dis souples, on va dire indulgent. Ce qui veut pas dire qu'ils sont pas rigoureux, mais probablement qu'on va avoir des résultats, mais qui vont peut-être petit à petit homogénéisés mais je pense que les premiers résultats vont être moins homogènes parce que les questions évaluatives sont pas posées dans le référentiel, il y a que les questions vers le CVS qui ont été traduites sous forme de questions. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « ce qu'on peut craindre, c'est qu'à la différence du sanitaire, où les experts sont des professionnels de santé qui exercent, là sur le médico-social c'est autre chose puisqu'on fait appel à des cabinets de conseils, des consultants qui ont répondu à un cahier des charges sauf qu'on peut se dire que les évaluateurs qui vont venir ne sont absolument plus sur le terrain et sont que dans la formation et dans le conseil. Ça pourrait être un risque [...] de se retrouver avec des évaluateurs qui n'ont jamais exercer en établissements, loin de la réalité, loin du terrain et c'est pour ça qu'il faut aussi être capable d'apprécier les différents critères du référentiel d'évaluation et ne pas rester trop rigide. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « je ne sais pas comment l'entretien s'est mené. J'espère qu'elle a fait en sorte de les mettre à l'aise et de bien leur dire que ce qu'elle attendait c'était d'avoir leur vision des choses et ne pas trop les stresser avec ça. [...] Il faut des personnes qui soient capables de s'adapter au résident, si la personne n'entend pas, être capable de s'approcher, de répéter si besoin, avec un support écrit si besoin, être capable de se mettre à la hauteur des personnes qu'elle a en face d'elle. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « et je dirais aussi ne pas être pressé hein. Parce que les résidents, une fois qu'ils ont quelqu'un en face, forcément ils discutent, c'est très intéressant et je ne sais pas si le délai prévu était suffisant donc il faut peut-être prévoir un peu large pour laisser un peu de temps. »</p> <p>Limites des organismes évaluateurs : dépendance de la subjectivité des évaluateurs</p> <p>HAS : la HAS a un rôle d'harmonisation des pratiques entre les organismes évaluateurs, cependant « Mais derrière, on se rend compte que c'est aussi des questions de personnes et que si les interprétations varient d'une personne à l'autre, les pratiques peuvent également varier. » => possibilité de lier cette subjectivité de l'évaluateur à la subjectivité et l'interprétation que les évaluateurs peuvent se faire du discours des personnes</p>
--	--

	<p>HAS : « Donc nous notre objectif, c'est vraiment une communauté de pratique, une harmonisation des pratiques pour que 1 ESMS qui fait appel à un organisme quel qu'il soit derrière, c'est une méthode qui est respectée. »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « les faiblesses, peut-être qu'un évaluateur en verra certaines et qu'un autre en verra d'autres »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « déjà j'ai sélectionné l'évaluateur avec qui je me suis dit « ça pourrait peut-être bien marcher » donc déjà là c'est pipé, j'ai été prendre un évaluateur avec qui je pense bien m'entendre ou du moins qu'on est à peu près sur la même longueur d'onde, que la façon dont il aller faire avec les personnes me correspondait »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : sur les entretiens avec les personnes « il m'a redit qu'il était là dans la bienveillance, qu'il aménagerait son temps mais aussi qu'il adapterait son texte, il va poser des questions et de ce que j'ai compris, au lieu de poser 3 fois une question qui a à peu près le même sens et bah derrière il va globaliser et puis il va savoir. »</p>
	<p>La lisibilité du rapport</p> <p>HAS : « Les commentaires sont importants et on rappelle notamment pour les autorités [...] Voilà, il faut penser que derrière le lecteur ne connaît pas l'ESSMS en fait, et on le rappelle à chaque fois. Parce que nous-mêmes, quand on voit des rapports qui sont creux, on se dit, mais que fait l'autorité avec ça ? »</p> <p>Les suites à donner à l'ESSMS</p> <p>CAPPS : « Moi, je vois, je rencontre beaucoup d'établissements qui me disent mais qu'est-ce qu'ils en font tout ça ? »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « on a fait un temps à chaud, avant qu'ils partent, où ils n'ont apporté quelques éléments d'analyse. »</p>
Après l'évaluation	<p>Les retours aux personnes accompagnées</p> <p>CAPPS : « prendre soin, de revenir vers le résident en lui signifiant quels sont les points d'amélioration qu'on a collectivement identifiés »</p> <p>CAPPS : sur l'obligation de transmission du rapport aux CVS : « c'est le continuum, c'est comment on intègre les usagers en tant qu'acteur, dans l'amélioration des pratiques et des organisations »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : « dès qu'il y a les résultats je les communique moi, au CVS, aux habitants, ... »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 1 (CCAS) : pas de changement attendu « je n'y attend rien du tout, j'aurai fait ma BA pour 5 ans et puis voilà [...] la seule chose que j'y attend c'est l'évaluateur comprenne ce que l'on fait, essaye de traduire ce que l'on fait et voilà. »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « les résultats de l'enquête de satisfaction font l'objet d'une présentation au prochain CVS. »</p>

	<p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Ils sont venus à la restitution. Alors forcément pour eux le déroulé du référentiel c'était assez opaque quand-même, quand on fait la restitution ce n'est pas évident de tenir l'attention sur ce genre de réunion. Donc on a fait un système de petites vidéos pour présenter les résultats, une vidéo courte faites par notre service communication. C'est vraiment un condensé mais ça représente bien les choses. »</p>
Les apports pour les ESSMS	<p>CAPPS : « les établissements sont globalement satisfaits »</p> <p>Personne accompagnée 1 : « ah bah surtout que ça change rien cette évaluation, non, on est trop bien comme ça, il ne faut pas que ça change »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « on s'était pas forcément posé cette question-là jusque-là, d'où l'importance de ces évaluations (auto-évaluation, questionnaire de satisfaction) qui nous obligent un peu à nous remettre en cause et à retravailler nos organisations »</p> <p>Responsable qualité et gestion des risques de l'EHPAD 2 (CH) : « les rapports vont être adressés aux tutelles [...] et ce rapport-là va servir à renégocier notre CPOM puisqu'on a déjà un rendez-vous de CPOM prévu en début d'année 2025. Donc cela va amener l'ARS à identifier des objectifs dans le CPOM. Et si la tutelle ne s'en empare pas dans tous les cas moi ça me servira à alimenter mon plan d'actions. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « L'impression générale c'est qu'ils étaient plutôt contents de pouvoir être sollicités et dire des choses. Et il y avait des choses très concrètes de leur vie quotidienne qui ont été dites. Moi je trouve qu'ils ont été vraiment francs sur leur qualité de vie. »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Ça apporte tout, ça a du sens dans la démarche, je trouve que c'est un très bel outil d'évaluation des pratiques. La finalité, c'est vraiment pour nos résidents que l'on travaille [...] »</p> <p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Je trouve que ça apporte du poids aussi par rapport au management [...] je n'ai plus besoin de sensibiliser les équipes sur l'importance de la traçabilité par exemple, ils ont compris que « si je ne note pas, ça n'existe pas » »</p> <p>Directrice de l'EHPAD 4 (CCAS) : maintien des rencontres Café Papote « qui sont vraiment un temps privilégié »</p>
Les apports pour les professionnels	<p>Cadre de santé de l'EHPAD 3 (ESPIC) : « Après je leur dit « vous voyez bien que la parole du résident à toute son importance dans les soins qu'on mène. C'est ultra valorisant aussi pour eux quand on voit qu'un dossier est bien tenu et que y a des liens qui se font, on voit bien que l'équipe se questionne aussi en fonction des retours des résidents. [...] y a</p>

	plein de choses qui remontent avec ce résident traceur et plus on en fait, plus ça va vite et plus on est à l'aise avec l'outil et la démarche et ça n'est plus si chronophage que ça non plus. »
--	---

Annexe 6 – Note réflexive sur l’alternance

Mon année d’alternance au sein de l’ARS Bretagne a été l’occasion pour moi de comprendre les enjeux de la mise en œuvre d’une politique nationale à l’échelle locale. Effectivement, j’ai pu étudier la mise en œuvre de la politique nationale d’évaluation des ESSMS à l’échelle de la région Bretagne. J’ai alors pu travailler avec d’autres acteurs régionaux chargés de cette mise en œuvre comme les Conseils Départementaux et la DREETS. J’ai par ailleurs pu travailler avec des acteurs de l’accompagnement des ESSMS, notamment le GCS CAPPS Bretagne et le CREA Bretagne. Ces acteurs sont les Structures Régionales d’Appui mandatées par l’ARS Bretagne pour accompagner les ESSMS dans la démarche d’évaluation.

Par la nouveauté du référentiel d’évaluation de la HAS, les Autorités de Tarification et de Contrôle (ATC) comme l’ARS Bretagne sont en cours, en 2023 et 2024, d’appropriation du référentiel et de toutes ces subtilités. La manière dont les résultats d’évaluation vont pouvoir être analysés par ces ATC est donc une question prégnante qui a rythmé mon alternance. L’une de mes missions principales a donc été de travailler à l’élaboration d’un outil d’analyse des rapports d’évaluation. Cet outil se devait d’être pertinent au regard du référentiel d’évaluation. Ce travail m’a donc permis de comprendre le référentiel d’évaluation et ces différentes particularités mentionnées dans le mémoire : les méthodes d’évaluation nouvelle, l’application des critères selon les types d’ESSMS, le système des cotations et la manière dont les résultats sont présentés dans le rapport d’évaluation notamment. L’objectif de la mission était donc de fournir une matrice d’évaluation permettant d’obtenir, pour chaque ESSMS évalués, la synthèse des cotations de manière automatique. Par cet objectif, le but est notamment de pallier le manque de temps que nécessiterait l’analyse des rapports d’évaluation, chacun faisant environ 150 pages. Ainsi, par l’indentification de manière automatique et rapide des critères optimisés et de ceux nécessitant une amélioration dans les ESSMS, l’analyse des rapports serait alors en partie facilitée. C’est donc en ce sens que j’ai participé aux groupes de travail communs avec les Conseils Départementaux et la DREETS afin de réaliser cet outil. Ces groupes étaient animés par l’ARS Bretagne. L’élaboration de cet outil a duré environ huit mois et, à la fin de mon alternance, fait toujours l’objet de modification afin de résoudre des problèmes techniques notamment.

L’élaboration de cet outil reste une forme de standardisation des résultats, supplémentaire à celle du référentiel d’évaluation. Mon travail de mémoire s’inscrit dans un contexte plus local de mise en œuvre de la politique d’évaluation dans les EHPAD. Il cherche à démontrer les apports de la participation des personnes accompagnées à la démarche d’amélioration continue de la qualité. Il recherche également les limites à la participation des personnes à l’évaluation. Mon souhait, par ce travail, était de me rapprocher au plus près des réalités locales des ESSMS afin de comprendre leurs besoins, leurs enjeux et leurs difficultés quant à l’application du référentiel dans leur structure. En ce sens, ce travail apporte un regard de terrain, de plus en plus recherché pour l’élaboration des

politiques publiques, ces dernières cherchant à faire appel aux professionnels et aux bénéficiaires des politiques (tous secteurs confondus) pour leur construction. Il interroge également le paradoxe possible entre la volonté d'accroître les démarches participatives dans le secteur social et médico-social, y compris le secteur de la personne âgée, et l'augmentation du niveau de dépendance dans les structures comme les EHPAD, ne permettant alors pas aux personnes âgées de s'exprimer. Il donne alors quelques clés pour la réalisation des évaluations et auto-évaluations participatives en EHPAD. Je souhaite que ces éléments puissent être lus et entendus par les EHPAD, et plus globalement les ESSMS, leur permettant de comprendre l'intérêt de la participation des personnes en EHPAD. Ce mémoire offre également quelques analyses du référentiel d'évaluation de la HAS en lien avec la participation des personnes à l'évaluation. Je souhaite que ces analyses puissent être lues et entendues par les acteurs politiques. Cela pourrait alors permettre de faire évoluer le référentiel vers plus de souplesse ou bien d'offrir des recommandations supplémentaires, dans l'application des cotations notamment, aux ESSMS.

Finalement, cette année d'alternance aura été professionnalisaante. Elle m'aura permis d'acquérir plus d'assurance et d'aisance professionnelle notamment. Par l'animation de réunions j'ai pu développer mes capacités de communication orale ainsi que mes capacités de synthèse afin de rendre compte de la réunion. Je suis de plus en plus confiante pour exposer mes idées et prendre la parole. La communication orale m'a également permis de renforcer mes capacités de pédagogie, afin notamment de partager des informations aux personnes qui ne seraient pas familières avec un sujet. J'ai également renforcé mes capacités d'écoute active des besoins de chacun, dans le but de prendre en compte l'avis de chaque interlocuteur.

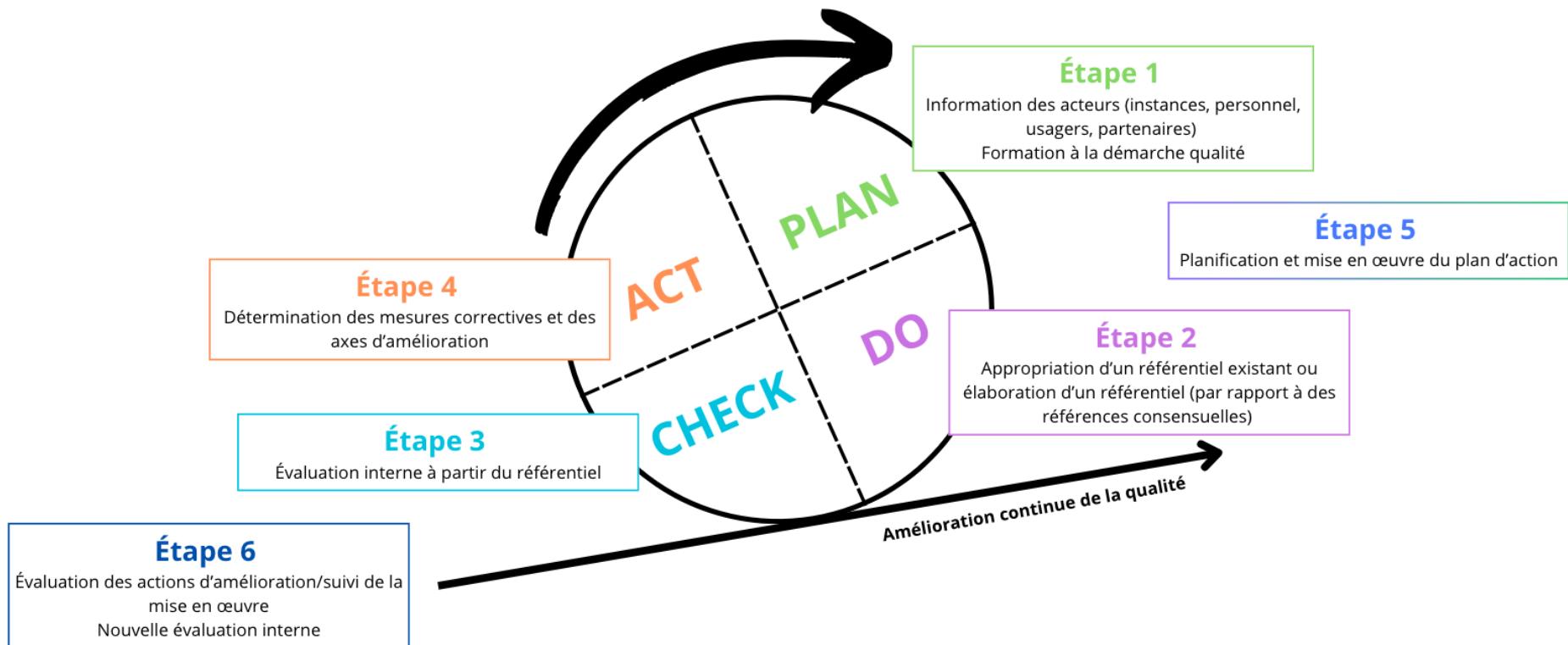
Par le travail commun avec d'autres directions de l'ARS Bretagne ou bien d'autres acteurs régionaux, j'ai pu accroître mon niveau de compréhension du maillage territorial des acteurs sociaux et médico-sociaux. J'ai également pu comprendre l'organisation d'une administration publique comportant de nombreux services.

Je note tout de même quelques points de vigilance dans ma pratique professionnelle. Tout d'abord, il est parfois difficile de sa position dans un groupe. Au sein de l'ARS Bretagne, j'ai compris facilement ma position et les liens hiérarchiques entre les acteurs, impliquant des modalités de travail particulières. Cependant, il m'était parfois plus difficile de me positionner en tant qu'actrice membre de l'ARS Bretagne lors d'échanges avec des personnes extérieures à cette administration. L'ARS Bretagne est une autorité de tarification et de contrôle, qui peut avoir des exigences envers les acteurs qu'elle finance notamment. Ainsi, employer un ton s'apparentant à un décideur était parfois plus difficile. Il est donc nécessaire, lors de l'insertion dans une entreprise ou une administration, de comprendre les enjeux et la position de cet acteur au regard des autres acteurs du territoire.

A la suite de cette expérience d'un an en alternance et de la réalisation de ce mémoire, les démarches participatives et le pouvoir d'agir des personnes sont des thématiques qui m'intéressent. Mon souhait

pour ma prochaine expérience professionnelle est de me rapprocher des acteurs locaux afin d'avoir un impact au plus près du territoire dans lequel je réside. Cela peut passer par différents dispositifs comme les Conseils Locaux de Santé, les Conseils Locaux de Santé Mentale ou les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé par exemple. Le secteur médico-social, que je connaissais peu auparavant, m'intéresse également.

Annexe 7 - Schéma de la roue de Deming appliquée aux ESSMS



Annexe 8 – Extrait du référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS, HAS

NB : Cet extrait concerne le chapitre sur la personne.

Chapitre 1 : La personne

Thématiques	Objectifs	Critères
Bientraitance et éthique	1.1 - La personne accompagnée s'exprime sur la bientraitance.	1.1.1 - La personne accompagnée exprime sa perception de la bientraitance.
Droits de la personne accompagnée	1.2 - La personne accompagnée est informée de ses droits de façon claire et adaptée. Sa compréhension est recherchée et favorisée.	1.2.1 - La personne accompagnée et son entourage sont informés du rôle des professionnels et autres intervenants et peuvent les identifier. 1.2.2 - La personne accompagnée est informée de ses droits et devoirs dans le cadre de la vie collective ou du fonctionnement du service. 1.2.3 - La personne accompagnée est systématiquement informée de la possibilité de désigner une personne de confiance pour l'accompagner et l'assister dans ses démarches. 1.2.4 - La personne a accès aux informations relatives à son accompagnement. 1.2.5 - La personne peut s'adresser aux professionnels qui l'accompagnent pour être orientée, accompagnée et soutenue dans l'exercice de ses droits individuels. 1.2.6 - Les professionnels informent la personne accompagnée de ses droits et de leurs modalités d'exercice, ou l'orientent vers le bon interlocuteur. 1.2.7 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la connaissance des droits de la personne accompagnée.
	1.3 - La personne accompagnée est associée à la révision des règles de vie collective ou des modalités de fonctionnement du service.	1.3.1 - La personne accompagnée est associée à la révision des règles de vie collective ou des modalités de fonctionnement du service et des outils favorisant leur compréhension. 1.3.2 - Les professionnels coconstruisent les règles de vie collective ou les modalités de fonctionnement du service dans le respect des droits et libertés de la personne accompagnée.
	1.4 - La personne accompagnée bénéficie d'un cadre de vie ou d'accompagnement adapté et respectueux de ses droits fondamentaux.	1.4.1 - La personne est assurée que les choix qu'elle exprime sur son cadre de vie ou d'accompagnement sont pris en compte. 1.4.2 - La personne accompagnée bénéficie d'un espace de vie privé, adapté et respectueux de ses droits fondamentaux, qu'elle est encouragée à personnaliser.

HAS • Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux • mars 2022

11

Thématiques	Objectifs	Critères
Expression et participation de la personne accompagnée	1.5 - La personne accompagnée est actrice des instances collectives ou de toutes autres formes de participation. Sa participation effective est favorisée.	1.5.1 - La personne accompagnée participe aux instances collectives ou à toutes autres formes de participation. 1.5.2 - La personne accompagnée est informée de la suite donnée aux demandes formulées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation. 1.5.3 - Les professionnels facilitent l'accès à la traçabilité des échanges et réponses apportées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation.
	1.6 - L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement.	1.6.1 - La personne accompagnée est soutenue dans son expression. Le partage de son expérience est favorisé et l'expression de ses préférences prise en compte. 1.6.2 - Les professionnels facilitent l'expression de la personne accompagnée grâce à l'utilisation de moyens et outils adaptés. 1.6.3 - Les professionnels analysent le recueil de l'expression de la personne accompagnée et en tirent les enseignements.
	1.7 - La personne accompagnée exprime son choix de manière éclairée.	1.7.1 - La personne accompagnée a la possibilité d'exprimer son consentement éclairé, grâce à une information claire et des moyens adaptés. 1.7.2 - Les professionnels recherchent l'adhésion de la personne accompagnée, grâce à une information claire et des moyens adaptés. 1.7.3 - Les professionnels réinterrogent le refus de la personne tout au long de son accompagnement et recherchent des alternatives avec elle. 1.7.4 - Les professionnels assurent la traçabilité du consentement ou du refus exprimé par la personne accompagnée.
	1.8 - La personne accompagnée participe à la vie sociale.	1.8.1 - La personne accompagnée a la possibilité de maintenir ses liens sociaux et d'en créer de nouveaux, dans et hors l'établissement ou le service. 1.8.2 - La personne peut s'investir dans la vie sociale et culturelle et participer à des événements sur le territoire grâce à un accompagnement adapté.

HAS • Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux • mars 2022

12

Thématiques	Objectifs	Critères
		<p>1.8.3 - Les professionnels informent la personne accompagnée sur l'offre d'activités sportives, socioculturelles et de loisirs, recueillent ses attentes et respectent ses choix de participation.</p> <p>1.8.4 - Les professionnels identifient et mobilisent les ressources et moyens nécessaires à la mise en place d'activités sportives, socioculturelles et de loisirs.</p> <p>1.8.5 - Les professionnels encouragent le recours à la pair-aidance et autres dispositifs facilitant l'entraide entre les personnes accompagnées.</p>
	1.9 - La personne accompagnée exerce sa citoyenneté et/ou bénéficie d'une éducation à la citoyenneté.	<p>1.9.1 - La personne est accompagnée selon ses besoins et ses souhaits dans sa participation à la vie citoyenne.</p> <p>1.9.2 - Les professionnels utilisent des moyens et des outils adaptés permettant à la personne accompagnée d'exercer sa citoyenneté ou de bénéficier d'une éducation à la citoyenneté.</p>
Coconstruction et personnalisation du projet d'accompagnement	1.10 - La personne est actrice de la personnalisation de son projet d'accompagnement.	<p>1.10.1 - La personne exprime ses attentes sur son projet d'accompagnement.</p> <p>1.10.2 - La personne avec son entourage et les professionnels en équipe coconstruisent le projet d'accompagnement.</p> <p>1.10.3 - Les professionnels évaluent les besoins de la personne pour construire son projet d'accompagnement en utilisant des outils d'évaluations validés.</p> <p>1.10.4 - Les professionnels coconstruisent avec la personne et son entourage son projet d'accompagnement.</p> <p>1.10.5 - Les professionnels mobilisent les ressources internes et/ou externes et les outils pour mettre en œuvre le projet d'accompagnement de la personne.</p> <p>1.10.6 - Les professionnels assurent la traçabilité et réévaluent le projet d'accompagnement avec la personne, chaque fois que nécessaire, et au moins une fois par an.</p>
	1.11 - L'entourage est associé dans l'accompagnement de la personne.	<p>1.11.1 - La personne définit avec les professionnels la place de son entourage dans son accompagnement.</p> <p>1.11.2 - Les professionnels informent, orientent et/ou accompagnent l'entourage vers les dispositifs de prévention, de soutien et de répit existants.</p>

Thématiques	Objectifs	Critères
Accompagnement à l'autonomie	1.12 - La personne bénéficie d'un accompagnement favorisant son autonomie.	<p>1.12.1 - La personne accompagnée exprime régulièrement ses attentes sur les mesures d'aide et de soutien souhaitées pour favoriser ou préserver son autonomie.</p> <p>1.12.2 - Les professionnels évaluent régulièrement les besoins de la personne accompagnée pour favoriser ou préserver son autonomie.</p> <p>1.12.3 - Les professionnels repèrent de manière précoce les risques de perte d'autonomie et d'isolement social de la personne accompagnée et alertent les personnes-ressources.</p>
	1.13 - La personne est accompagnée pour accéder ou se maintenir dans son logement ou son hébergement.	<p>1.13.1 - La personne accompagnée a la possibilité d'exprimer ses attentes en matière de logement ou d'hébergement.</p> <p>1.13.2 - La personne est accompagnée dans ses démarches pour accéder ou se maintenir dans son logement ou hébergement.</p> <p>1.13.3 - Les professionnels accompagnent la personne dans sa recherche de logement ou d'hébergement adapté à ses besoins et attentes.</p>
Accompagnement à la santé	1.14 - La personne bénéficie d'un accompagnement en matière de prévention et d'éducation à la santé.	<p>1.14.1 - La personne accompagnée participe à la définition de ses besoins en matière de prévention et d'éducation à la santé.</p> <p>1.14.2 - Les professionnels évaluent les besoins de la personne accompagnée en matière de prévention et d'éducation à la santé.</p> <p>1.14.3 - Les professionnels orientent vers et/ou mettent en œuvre un programme de prévention et d'éducation à la santé adapté à la personne accompagnée.</p> <p>1.14.4 - Les professionnels facilitent la compréhension des messages de prévention et d'éducation à la santé de la personne accompagnée.</p> <p>1.14.5 - Les professionnels organisent l'accompagnement et/ou accompagnent la personne lors des dépistages et des soins de prévention.</p> <p>1.14.6 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à l'éducation à la santé.</p>

Thématiques	Objectifs	Critères
	<p>1.15 - La personne est actrice de ses choix sur son accompagnement en santé, la stratégie thérapeutique et les soins qui lui sont proposés.</p>	<p>1.15.1 - La personne accompagnée est informée des soins qui lui sont proposés, selon des modalités adaptées.</p> <p>1.15.2 - La personne accompagnée bénéficie de temps d'échange et de soutien autour de son état de santé, des soins possibles et de la stratégie thérapeutique proposée.</p> <p>1.15.3 - La personne bénéficie d'un accompagnement adapté, en cas de refus de soins.</p> <p>1.15.4 - La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour favoriser sa compréhension et son adhésion et s'assurer de sa continuité.</p> <p>1.15.5 - Les professionnels identifient et/ou évaluent régulièrement les besoins en santé de la personne accompagnée.</p> <p>1.15.6 - Les professionnels repèrent de manière précoce les risques en santé pour la personne accompagnée et alertent les personnes-ressources.</p> <p>1.15.7 - Les professionnels tiennent compte du rapport bénéfice/risque pour proposer des modalités d'accompagnement adaptées à la santé de la personne.</p> <p>1.15.8 - Les professionnels s'appuient sur des activités et des approches non médicamenteuses dans l'accompagnement de la personne.</p> <p>1.15.9 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux activités et approches non médicamenteuses.</p> <p>1.15.10 - Les professionnels mobilisent les expertises et partenariats du territoire, nécessaires à l'accompagnement à la santé de la personne.</p>
	<p>1.16 - La personne accompagnée bénéficie d'une prise en charge de ses douleurs.</p>	<p>1.16.1 - La personne s'exprime sur la manière dont sont prises en charge ses douleurs tout au long de son accompagnement.</p> <p>1.16.2 - Les professionnels repèrent et/ou évaluent régulièrement et tracent les douleurs de la personne accompagnée selon des modalités adaptées.</p>

Thématiques	Objectifs	Critères
		<p>1.16.3 - Les professionnels recueillent, auprès de l'entourage, des informations sur les manifestations habituelles des douleurs chez la personne accompagnée.</p> <p>1.16.4 - Les professionnels coconstruisent avec la personne accompagnée, la stratégie de prise en charge de la douleur.</p> <p>1.16.5 - Les professionnels alertent et/ou mobilisent tous les moyens nécessaires pour soulager la douleur de la personne accompagnée.</p>
Continuité et fluidité des parcours	<p>1.17 - La personne bénéficie d'un accompagnement favorisant la continuité et la fluidité de son parcours.</p>	<p>1.17.1 - La personne est accompagnée pour prévenir les situations de transition ou de rupture dans son parcours.</p> <p>1.17.2 - Les professionnels accompagnent la personne et mobilisent les partenariats nécessaires en cas de situation de rupture concernant son parcours.</p> <p>1.17.3 - Les professionnels apportent leur(s) expertise(s) en soutien d'autres intervenants dans l'accompagnement de la personne.</p> <p>1.17.4 - Les professionnels participent aux réunions de coordinations (médico-psycho-sociales) nécessaires à l'accompagnement de la personne.</p>

Annexe 9 – Grille d'évaluation spécifique aux CVS

Grille spécifique CVS				
		Critères	Élément d'évaluation	Questions évaluatives
Critère	1.3.1	La personne accompagnée est associée à la révision des règles de vie collective ou des modalités de fonctionnement du service et des outils favorisant leur compréhension.	- Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - Le CVS a-t-il été sollicité lors de la révision des règles de vie collective ou des modalités de fonctionnement du service ? - Comment avez-vous pu participer à ces réflexions ? - Votre avis a-t-il été pris en compte ? - Avez-vous pu contribuer à la révision des outils favorisant leur compréhension ?
Critère	1.5.1	La personne accompagnée participe aux instances collectives ou à toutes autres formes de participation.	- Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - Comment s'organisent les rencontres du CVS au sein de la structure ? - Comment participez-vous à l'élaboration de l'ordre du jour ? - Comment récoltez-vous les questions des personnes que vous représentez ? - Comment votre implication est-elle recherchée ?
Critère	1.5.2	La personne accompagnée est informée de la suite donnée aux demandes formulées dans le cadre des instances collectives ou à toutes autres formes de participation.	- Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - Chaque réunion de CVS donne-t-elle lieu à l'élaboration d'un compte rendu ? - Y avez-vous facilement accès ? - Savez-vous si ce compte rendu est facilement accessible pour les personnes accompagnées ?
Critère	3.1.1	L'ESSMS définit sa stratégie en matière de bientraitance et en partage une définition commune avec l'ensemble des acteurs.	- Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - La stratégie de bientraitance est-elle discutée en CVS ? - Avez-vous pu contribuer aux discussions relatives à la bientraitance dans l'ESSMS ?
Critère	3.2.2	L'ESSMS garantit un cadre de vie respectueux des droits fondamentaux des personnes accompagnées.	- Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous aborder toute question relative à l'organisation des espaces au sein de l'ESSMS ? - Êtes-vous force de proposition ? - Votre avis est-il sollicité sur les travaux engagés par l'ESSMS et les nouveaux équipements permettant d'améliorer le cadre de vie des personnes accompagnées ?
Critère	3.10.1	L'ESSMS définit sa politique qualité et gestion des risques.	- Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - La démarche d'amélioration continue de la qualité de l'ESSMS est-elle partagée avec vous ? - Pouvez-vous faire des propositions d'actions ?
Critère	3.10.2	L'ESSMS met en œuvre sa démarche qualité et gestion des risques.	- Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - Des points réguliers sont faits en CVS sur la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ? - L'analyse de la satisfaction des personnes accompagnées fait-elle l'objet d'une discussion en CVS ? - Pouvez-vous proposer des axes d'amélioration dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ?
Critère	3.12.2	L'ESSMS communique sur le traitement des plaintes et des réclamations aux parties prenantes.	- Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - Un bilan des plaintes et réclamations vous est-il systématiquement présenté par l'ESSMS ? - Les mesures correctives apportées font-elles l'objet d'une discussion en CVS ?
Critère	3.13.2	L'ESSMS communique sur le traitement des événements indésirables auprès des parties prenantes.	- Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - Un bilan des événements indésirables vous est-il systématiquement présenté ? - Les mesures correctives apportées font-elles l'objet d'une discussion en CVS ?
Critère	3.14.1	L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité et le réactualise régulièrement.	- Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale.	<ul style="list-style-type: none"> - Le plan de gestion de crise et de continuité de l'activité fait-il l'objet d'une discussion en CVS ? - L'actualisation du plan de gestion de crise et de continuité de l'activité fait-elle l'objet d'une discussion en CVS ?

Annexe 10 – Éléments d'objectivation des cotations

Source : F. Lahoucine et P. Gestin. Éléments d'objectivation des cotations. 2024. Consulté le 26 juin 2024.

Éléments d'objectivation des cotations :

L'objectif est de permettre aux intervenants évaluateurs d'objectiver la cotation sur des éléments d'appréciation effectifs. Sachant que la cotation (bleu) des professionnels et de l'ESSMS répond à des exigences réglementaires et de bonnes pratiques professionnelles, et que la cotation (jaune) répond au déclaratif et « au pouvoir d'agir » attendus des personnes accompagnées.

COTATION des professionnels et ESSMS				
	1	Pas du tout satisfaisant	Non connu, non fait.	
	2	Plutôt pas satisfaisant	Connu mais non formalisé, non maîtrisé	Sensibilisation uniquement
Planifié Développé	3	Plutôt satisfaisant	Défini et formalisé mais non systématisé	Procédure existante mais non efficiente, sans mesure des écarts
Contrôlé Ajusté	4	Très satisfaisant	Défini, formalisé, systématisé, contrôlé et ajusté	Mesures des écarts Démarche d'audit Vérifications Actions correctrices Risques maîtrisés Adaptation continue
	*	Optimisé	Au-delà des attendus, apporte des éléments d'amélioration continue	Innovations
	NC	Non Concerné		

COTATION des personnes accompagnées				
	1	Pas du tout satisfaisant	Ne connaît pas, n'a pas fait. La personne n'est <u>pas sollicitée</u> sur l'objectif ou le critère évoqué	Risque de maltraitance
	2	Plutôt pas satisfaisant	Connait et comprend l'intérêt de l'accompagnement dont elle n'est <u>pas directement active</u> (elle est informée, écoutée mais le projet est insuffisamment co-construit)	Inadaptation aux besoins et aux attentes Manque d'expression et de participation
Planifié Développé	3	Plutôt satisfaisant	Connait, co-construit, et le projet d'accompagnement est défini et <u>correspond initialement</u> à ses besoins et ses attentes	Processus formalisé Expression participation
Contrôlé Ajusté	4	Très satisfaisant	Connait, comprend, participe et s'exprime <u>de manière régulière</u> sur son accompagnement	Processus intégrant la réactualisation de ses besoins et attentes Auto-représentation Auto-détermination
	*	Optimisé	Au-delà des attendus, apporte des <u>éléments d'amélioration continue pour l'ESSMS</u>	Bénéfice dans l'entraide et la pair-aidance
	RI	Réponse inappropriée		

HUET	Sarah	Septembre 2024
Master 2 Mention Santé Publique Parcours : Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique Promotion 2023 - 2024		
La participation des personnes accompagnées en EHPAD dans le cadre de l'évaluation selon le référentiel HAS		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes		
Résumé : <p>Les EHPAD, structures d'accompagnement de la dépendance des personnes âgées, sont soumis à l'obligation d'évaluer leurs pratiques. Le référentiel d'évaluation de la HAS, publié en 2022, instaure de nouvelles modalités d'évaluation en insistant sur la démarche participative de l'évaluation. Il ajoute notamment la méthode évaluative de l'accompagné traceur, nécessitant un travail d'adaptation et de prise en main du référentiel d'évaluation pour les professionnels et les gestionnaires.</p> <p>La participation des personnes accompagnées à toutes les étapes est devenue un enjeu clé pour améliorer la qualité des pratiques. Plusieurs défis sont alors à prendre en compte pour faire participer les personnes de la manière la plus optimale. L'information et le consentement des personnes sont les premières étapes à respecter. L'écoute attentive et la prise en considération des vulnérabilités des personnes sont également primordiales afin de garantir un cadre sécurisant pour que la personne puisse s'exprimer. La personne ne doit pas être instrumentalisée et son avis doit être réellement pris en compte.</p> <p>D'autres éléments qui incombent au référentiel d'évaluation sont à prendre en compte : le référentiel d'évaluation est standardisé et sanitarisé, ne permettant pas toujours une bonne compréhension des attendus de l'évaluation par les personnes y participant.</p> <p>Malgré ces limites, la participation des personnes est perçue comme essentielle pour garantir une évaluation plus représentative de leurs besoins et attentes, contribuant ainsi à l'amélioration continue des pratiques dans les EHPAD.</p>		
Mots clés : Évaluation – participation – EHPAD – ESSMS – qualité – HAS – référentiel – personnes accompagnées – personnes âgées – accompagné traceur – CVS – standardisation – sanitarisation – instrumentalisation – dépendance – vulnérabilité – loi 2002-2		
<i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		